Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren und Stressverarbeitungsstrategien und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Anna Lehmann
aus Köln

Gießen 2012
Aus dem Fachbereich für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (GmbH); Standort Gießen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Bernd Gallhofer

Erstgutachter: PD Dr. Franz

Zweitgutachterin: PD Dr. Pauli-Pott

Tag der Disputation: 23.02.2012
## INHALTSVERZEICHNIS

**INHALTSVERZEICHNIS** .......................................................................................................................... 1

1. **EINLEITUNG** ................................................................................................................................. 1

   1.1 **DIE SITUATION DER KINDER PSYCHISCH KRAKNER ELTERN** ............................................................. 1

   1.2 **DIE MANGELHAFTEN VERSORGUNGSSITUATION VON KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN** .......................................................................................................... 3

   1.3 **ZIELSETZUNG DER STUDIE** ........................................................................................................ 4

2. **THEORETISCHER TEIL** .................................................................................................................. 6

   2.1 **DIE LEBENSKUALITÄT ALS ZIELPARAMETER BEI KINDERN PSYCHISCH KRAKNER ELTERN** ................................................................................................................................. 6

      2.1.1 **DER BEGERIF „LEBENSKUALITÄT“** .................................................................................................. 6

      2.1.2 **DIE LEBENSKUALITÄT VON KINDERN UNTER BELASTUNG** ............................................................ 9

   2.2 **SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN** ........................................................................................ 12

      2.2.1 **DEFINITION** .................................................................................................................................. 12

      2.2.2 **SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN BEI KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER** .............. 13

   2.3 **FAKTOREN, DIE SICH AUF DIE LEBENSKUALITÄT AUSWIRKEN** .................................................. 15

      2.3.1 **OBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSKUALITÄT** ............................................... 15

      2.3.2 **SUBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSKUALITÄT** ............................................. 21

   2.3.3 **DIE STRESSVERARBEITUNG ALS SCHUTZ- / BELASTUNGSFAKTOREN BEI KINDERN** ...... 25

      2.3.3.1 **DEFINITION STRESSVERARBEITUNG (COPING)** ..................................................................... 25

      2.3.3.2 **DIE STRESSVERARBEITUNGSSTRATEGIEN VON KINDERN IN UNVERÄNDERLICHEN BELASTUNGSSITUATIONEN** .................................................................................... 26

      2.3.3.3 **ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSKUALITÄT** .................................................................................................................. 27

      2.3.3.3.1 **ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSKUALITÄT IM SELBSTBERICHT** .............................................................................. 27

      2.3.3.3.2 **ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSKUALITÄT IM FREMDBERICHT** ........................................................................... 31

      2.3.3.3.3 **ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSKUALITÄT IM SELBST- UND ELTERNBERICHT** ..................................................... 31

      2.3.3.4 **BEDEUTUNG VON SELBST- UND FREMDBEURTEILUNGEN** ................................................. 35

   2.4 **FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN** ................................................................................... 37

3. **METHODIK** ........................................................................................................................................ 41

   3.1 **DIE STICHPROBE** ....................................................................................................................... 41

      3.1.1 **EINSCHLUSSKRITERIEN** ........................................................................................................... 41
1. EINLEITUNG


Sie redete sich ein, dass sie ihre Mutter nicht verraten dürfe. Schließlich vertraute sie sich doch einem Lehrer an. Der schenkte ihr keinen Glauben und sagte, sie solle „aufhören, solche Geschichten zu verbreiten…“ (Soliman, 2002).

1.1 DIE SITUATION DER KINDER PSYCHISCH KRA NKER ELTERN

Der hier beschriebene Fall ist keine Seltenheit: Viele Kinder psychisch kranker Eltern fühlen sich allein gelassen, vernachlässigt und leiden unter der belastenden Situation, der nach heutigem Wissenstand nur unzureichend Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die vorliegende Arbeit soll jedoch nicht nur auf die schwierige und belastende Situation der betroffenen Kinder hinweisen. So können besonders die Kinder unterstützt werden, die ein hohes Risiko für Entwicklungsstörungen oder eigene psychische Störungen haben. Um eine Differenzierung erreichen zu können, sollen die Faktoren identifiziert werden, die es ihnen ermöglichen, trotz starker emotionaler und sozialer Belastungen gesund zu bleiben.

Wie häufig Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils unter erschwerten Bedingungen aufwachsen, zeigen folgende Zahlen: Nach Mattejat (2007) wachsen in der Bundesrepublik „mindestens 2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit irgendeiner schwerwiegenden psychischen Störung auf“. Nach Schätzungen von Remschmidt und Mattejat (1994) gibt es in Deutschland allein 300.000 bis 500.000 betroffene Kindern mit schizophren und affektiv erkrankten Eltern. Mattejat rechnet 2007 mit 100.000 Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil und 600.000 Kindern, die bei einem Elternteil mit einer gravierenden Depression aufwachsen. Auch die

Berücksichtigt werden muss, dass die Angaben über die Zahl der betroffenen Kinder sehr stark schwanken. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die Studien völlig unterschiedliche Einschlusskriterien aufweisen (Sommer, Zoller & Felder, 2001).

Vollerhebungen ergeben, dass 15-30% der stationär in eine Psychiatrie aufgenommenen Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind (Sommer et al., 2001). Umso erstaunlicher ist es, dass Kindern psychisch erkrankter Personen erst seit wenigen Jahren fachöffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil wird (Franz, 2005).

Bisherige Erkenntnisse über die Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil stammen zudem zu einem großen Teil aus exemplarischen Fallbeschreibungen oder Interviews mit bereits erwachsenen Kindern psychisch Kranker, die retrospektiv ihre Kindheit beurteilen (Franz, 2005).


1.2 DIE MANGELHAFE VERSORGUNGSSITUATION VON KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN


Der Hilfsbedarf der Kinder psychisch Kranker ist komplex. Bisher ist das Datenmaterial zu Epidemiologie und subjektivem Erleben der Betroffenen sowie dem tatsächlichen quantitativen und qualitativen Hilfsbedarf jedoch unzureichend. Es fehlt an ausreichend exakten empirischen Daten zur


Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage, wie diese Differenzierung der unterschiedlich stark belasteten Kinder geschehen kann.

1.3 ZIELSETZUNG DER STUDIE

an eine Belastungssituation die abhängige Variable dar, für welche die Vorhersagekraft verschiedener Daten als unabhängige Variablen (Prädiktoren) geprüft werden sollen.

Es soll getestet werden, welchen Zusammenhang es zwischen bestimmten objektiven (soziodemographischen) und subjektiven (Persönlichkeitsmerkmale des Kindes) Faktoren und der Lebensqualität betroffener Kinder gibt. Im Besonderen soll geklärt werden, inwiefern die Art der Stressverarbeitung von Kindern psychisch Erkrankter mit der Lebensqualität der Kinder in Zusammenhang steht. Die Lebensqualität erfasst in diesem Fall den Grad der Anpassung an die Belastungssituation, der die Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils ausgesetzt sind.

Dazu wurde eine Querschnittsmessung an psychisch erkrankten Elternleiteten durchgeführt, die Fragen zur Soziodemographie, zu Persönlichkeitsfaktoren, der Stressverarbeitung und Lebensqualität der Kinder beantworteten.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1 DIE LEBENSQUALITÄT ALS ZIELPARAMETER BEI KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Um die Anpassung an belastende Situationen zu messen und zwischen hoch und weniger belasteten Kindern differenzieren zu können, muss eine geeignete Zielvariable eingesetzt werden, die sowohl die objektive Situation des Kindes als auch sein subjektives Empfinden der Belastung einbezieht. Laut Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart (2007) eignet sich die Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität gut dazu, gefährdete und beeinträchtigte Kinder frühzeitig zu identifizieren.

2.1.1 DER BEGRAFF „LEBENSQUALITÄT“


Bei den meisten Menschen stellen körperliche und psychische Gesundheit zentrale Faktoren bei der Bewertung ihrer Lebensqualität dar. Gesunde Menschen können besser am Leben teilnehmen, ihre Ressourcen besser nutzen und haben ein besseres Wohlbefinden – eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität.


Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität soll das subjektive Wohlbefinden unter funktionalen Einschränkungen bei Krankheit erfassen. Für verschiedene Krankheitsbilder werden spezifische krankheitsbezogene Fragebögen entwickelt (Bech, 1994).


Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint zu gelten: Auch wenn Gesundheit und Krankheit an äußerlichen Faktoren messbar sind, werden objektive Einschränkungen wie körperliche Gebrechen und psychische Belastungen von jedem Menschen anders erlebt und bewertet, die Beurteilung der Lebensqualität ist somit individuell. Für die vorliegende Arbeit bedeutet das: Kinder psychisch Kranker, die in der Lage sind, sich gut an ihre Belastungssituation anzupassen, können trotz starker objektiver Beeinträchtigungen eine gute subjektive Lebensqualität empfinden.

2.1.2 DIE LEBENSQUALITÄT VON KINDERN UNTER BELASTUNG

Obwohl Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil ihre objektiven Lebensumstände unterschiedlich bewerten, ist unbestritten, dass sie aufgrund dieser Tatsache besonders schwierigen Situationen ausgesetzt sind und sich diese objektiv messbaren, vielfachen Belastungen auf ihre Lebensqualität auswirken.

Verschiedene Studien untersuchen den Einfluss belastender Situationen, z.B. durch eigene Erkrankung oder die Erkrankung eines Angehörigen, auf die Lebensqualität von Kindern.


In einer Studie über Geschwister krebskranker Kinder bestätigen Houtzager, Grootenhuis, Hoekstra-Weebers und Last (2003), dass die durch die Erkrankung eines Geschwisterkindes psychisch belasteten Kinder in mehreren Bereichen eine deutlich beeinträchtigte Lebensqualität gegenüber der Referenzgruppe aufweisen.


treten bei Kindern mit körperlich krankem Elternteil etwa doppelt so häufig auf wie bei Kindern ohne eine solche Belastung.

Während sich die vorgenannten Studien mit Belastungen durch physische Erkrankungen auseinandersetzen, beschäftigen sich nachfolgende mit solchen psychischer Probleme und ihren Folgen:


Das individuelle Wohlbefinden der Kinder hängt jedoch nicht nur von der tatsächlichen Belastung ab, sondern auch von ihrer jeweiligen Anpassungsfähigkeit, die durch verschiedene Schutz- und Belastungsfaktoren bestimmt ist. Mit dem Konstrukt der Lebensqualität werden nicht nur die Lebensumstände des Kindes erfasst, sondern auch sein subjektives Wohlbefinden in der jeweiligen Situation.

Die hier angeführten Argumente lassen den Schluss zu, dass die Lebensqualität eine geeignete Zielvariable ist, um das Outcome der Kinder zu bewerten. In der vorliegenden Arbeit stellt die Lebensqualität der Kinder mit psychisch krankem Elternteil die abhängige Variable dar.


Wie bereits angedeutet, reagieren nicht alle Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen auf die hohe Belastung durch die psychische Erkrankung eines Elternteils. Manche haben die Fähigkeit, sich an die Situation anzupassen und werden trotz dieses Risikofaktors zu selbstbewussten und stabilen Persönlichkeiten mit guter Lebensqualität. Kinder bewältigen und erfahren Belastungen auf ganz unterschiedliche Art und Weise. „Vergleicht man bei Individuen, die einem Risikofaktor ausgesetzt sind, diejenigen, die sich normal entwickeln, mit denen die abweichendes Verhalten zeigen, so lassen sich Faktoren identifizieren, die vor einer negativen Entwicklung schützen“ (Holtmann & Schmidt, 2004).

Auch Kinder psychisch Kranker sind trotz ähnlicher Belastungssituation unterschiedlich stark in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinflusst. Manche zeigen sich von der Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil fast unbeinträchtigt und haben ein gutes Wohlbefinden, andere entwickeln selbst psychische Störungen, zeigen Verhaltensauffälligkeiten oder sind entwicklungsgestört und haben eine stark eingeschränkte Lebensqualität.

Doch was genau beeinflusst bzw. verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten im weiteren Lebensverlauf der Kinder und was hilft ihnen, trotz starker Belastung eine gute Lebensqualität aufrecht zu erhalten? Es gilt, nicht nur schützende, sondern auch schädliche Effekte aufzudecken, um letztere beseitigen zu können.
2.2 SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN

Im folgenden Kapitel sollen schützende und belastende Faktoren aufgezeigt werden, die in den Prozess der Anpassung an Belastungen eingreifen können. Zunächst folgt eine Definition der Begriffe Schutzfaktor und Belastungsfaktor.

2.2.1 DEFINITION

Es ist wichtig, Faktoren zu identifizieren, die die Anpassung von Kindern in belastenden Situationen moderieren. Dazu gehören sowohl schützende, als auch belastende Faktoren. Es folgt zunächst die Definition der Begriffe Schutzfaktor und Belastungsfaktor.


Protektive Faktoren tragen zur Anpassung an schwierige Situationen bei, erhöhen die Funktionsfähigkeit einer Person unter großer Belastung und reduzieren den Einfluss und die Auswirkung belastender Faktoren (Bissonnette, 1998).

Als Belastungsfaktoren werden die Merkmale bezeichnet, die in hoher Wechselwirkung mit Verhaltensauffälligkeiten oder einer erschwerten Entwicklung stehen. Sie erhöhen unter Belastung das Risiko, eine Störung zu entwickeln und schwächen die Anpassungsfähigkeit einer Person.

Einflussfaktoren. Beispiele sind die Störung des Familienalltags, Ausfall notwendiger Betreuungsleistungen oder zusätzliche finanzielle Kosten. Die subjektive Belastung der Betroffenen (’subjective burden’) bezeichnet das Ausmaß, in dem sich Angehörige durch ihre Situation tatsächlich belastet fühlen, d. h. hier, die subjektiv wahrgenommene und erlebte Stressbelastung im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Familienmitglied.

Bestehen nur wenige Risikofaktoren oder sind diese nur schwach ausgeprägt, ist die Wahrscheinlichkeit einer normalen Entwicklung durch den Ausgleich schützender Faktoren hoch. Bei einer Vielzahl von Stressoren ist die Anpassung an belastende Situationen jedoch stark erschwert und es besteht eine hohe Vulnerabilität, somit auch eine hohe Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, also eine geringe Lebensqualität der Kinder.

2.2.2 Schutz- und Belastungsfaktoren bei Kindern psychisch Erkrankter

Bei betroffenen Familien liegen die verschiedensten Kombinationen von Schutz- und Belastungsfaktoren vor. Es gibt also „nicht das typische Kind psychisch Kranker, sondern vielfältige Kombinationen aus verschiedenen Belastungs-, aber auch schützenden Resilienzfaktoren mit einer konsekutiven großen Spannweite von massivster bis geringer Auswirkung auf die Entwicklung“ (Franz, 2005).


Umwelt- und Gemeindefaktoren, die protektiv wirken, sind enge Verwandte oder auch stabile gleichaltrige Freunde, die das Kind unterstützen und sein Selbstwertgefühl stärken (Werner, 2007) sowie ein allgemein gut ausgebildetes soziales Netzwerk (vgl. Lenz, 2005; Mattejat, 2009).


2.3 FAKTOREN, DIE SICH AUF DIE LEBENSQUALITÄT AUSWIRKEN


2.3.1 OBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT


Einzelne Studien berichten über den Zusammenhang zwischen objektiven Umständen und der Lebensqualität von Kindern:

in den letzten fünf Jahren den Wohnort gewechselt hatten, geben ein signifikant schlechteres Wohlbefinden im Bereich Familie an.


Nur eine einzelne Studie beschreibt die direkte Korrelation von objektiven Einflussfaktoren und der Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern:


Um einen Überblick über die in zahlreichen vorliegenden Studien erfassten objektiven Einflussfaktoren auf Lebensqualität zu geben, sind die wichtigsten Angaben in nachfolgender Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Objektive Prädiktoren der Lebensqualität und ihre Prädiktionsrichtung nach Befunden der Literatur

<table>
<thead>
<tr>
<th>EINFLUSSFAKTOR</th>
<th>POSITIVE KORRELATION</th>
<th>NEGATIVE KORRELATION</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Schou et al. (2005)</td>
<td>Nichols-Larsen et al. (2005)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gil et al. (2007)</td>
<td>Rebollo et al. (2000)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
<td>Chisholm et al. (2007)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Papadopoulos et al. (2007)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Prause et al. (2005)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pappa et al. (2009)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Vrijmoet-Wiersma et al. (2009)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Yost et al. (2008)</td>
<td>Papadopoulos et al. (2007)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
<td>López Blanco et al. (2005)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Prause et al. (2005)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pappa et al. (2009)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Yost et al. (2008)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chisholm et al. (2007)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Papadopoulos et al. (2007)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Prause et al. (2005)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pappa et al. (2009)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EINFLUSSFAKTOR</td>
<td>POSITIVE KORRELATION</td>
<td>NEGATIVE KORRELATION</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Alleinerziehende Eltern : Zweielternhaushalt</td>
<td>Kvarme et al. (2009)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Bildungsstand | Schou et al. (2005)  
Gil et al. (2007)  
Djibuti&Shakarishvili (2003)  
Nichols-Larsen et al.(2005)  
Rebollo et al. (2000)  
Papadopoulos et al. (2007)  
Apter et al. (1999)  
Pappa et al. (2009) |
| Einkommen | Chisholm et al. (2007)  
Apter et al. (1999)  
Pappa et al. (2009) |
| Religionszugehörigkeit | Wan et al. (1999) |
| Soziale Unterstützung von Familie/ anderen Personen | Ritsner et al. (2000)  
Meyer&Franz (2006)  
Bastiaanssen et al. (2005a) |
| Funktionsfähigkeit der Familie | Bastiaanssen et al. (2005a)  
Pollak et al. (2008) |
| Qualität der gesundheitlichen Versorgung | Yost et al. (2008) |
| Leben auf dem Land : Leben in der Stadt | Prause et al. (2005) |
| Niedrige Schichtzugehörigkeit | Laubach et al. (2000) |
| Mehr kritische Lebensereignisse in der Familie | Bastiaanssen et al. (2005a) |
| Umzug des Kindes innerhalb der letzten 5 Jahre | Kvarme et al. (2009) |
| Art der Diagnose (Affektive Störung : Drogenabhängigkeit) | Pollak et al. (2008) |
| Tatsache, erkrankt zu sein | Ritsner et al. (2000)  
Meyer &Franz (2006) |
| Schweregrad der Erkrankung | Ritsner et al. (2000)  
Yost et al. (2008)  
Apter et al. (1999) |
| Erkrankungsdauer | Papadopoulos et al. (2007) |
| Anzahl der Rückfälle (im letzten Jahr) | López Blanco et al. (2005)  
Moreno-Jiménez et al. (2007) |
<table>
<thead>
<tr>
<th>EINFLUSSFAKTOR</th>
<th>POSITIVE KORRELATION</th>
<th>NEGATIVE KORRELATION</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Behandlung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fehlende Versicherung</td>
<td></td>
<td>Apter et al. (1999)</td>
</tr>
<tr>
<td>Stress der Eltern im Kontext der</td>
<td></td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kindererziehung</td>
<td></td>
<td>Vrijmoet-Wiersma et al. (2009)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychopathologische Symptome der Mutter</td>
<td></td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (Body Mass Index)</td>
<td></td>
<td>Gil et al. (2007)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Positive Korrelation = Je höher/ stärker der Einflussfaktor, desto höher die Lebensqualität
Negative Korrelation = Je niedriger/ geringer der Einflussfaktor, desto niedriger die Lebensqualität

Wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, sind die Studienergebnisse hinsichtlich der objektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität breit gestreut und hinsichtlich ihrer Wirkrichtung teilweise verschieden. In mehreren Studien wird - mit unterschiedlichem Ergebnis - der Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Lebensqualität beschrieben.


Negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Studienteilnehmer hatten soziale und familiäre Belastungsfaktoren wie die Zugehörigkeit zu einer niedrigen Sozialschicht und das Vorhandensein kritischer Lebensereignisse in der Familie (‘stressful life events‘). Als Beispiel eines kritischen Lebensereignisses haben Kinder, die in den letzten fünf Jahren den Wohnort gewechselt hatten, eine signifikant schlechtere Lebensqualität als diejenigen, die nicht umgezogen sind. Kinder mit alleinerziehendem Elternteil geben eine niedrigere Lebensqualität an als diejenigen, die mit beiden Elternteilen aufwachsen.

Als weitere negative Prädiktoren der Lebensqualität zeigen sich verschiedene klinische Variablen, wie die Tatsache, erkrankt zu sein (im Vergleich zu gesunden Referenzgruppen), die Erkrankungsdauer, der Schweregrad der Erkrankung und die Anzahl an Rückfällen im letzten Jahr.

Bastiaansen et al. (2005a) zeigt ein hohes Stresslevel der Eltern bzgl. der Kindererziehung und psychopathologische Symptome der Mutter als weitere negative Prädiktoren der Lebensqualität.

Abschließend kann festgestellt werden, dass soziodemographische und klinische Daten sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität haben können.
2.3.2 SUBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT

Neben den im vorherigen Kapitel dargelegten objektiven spielen subjektive Einflussfaktoren eine nicht geringere Rolle im Hinblick auf die Lebensqualität. Unter subjektiven Faktoren versteht man beispielsweise im positiven Sinn ein hohes Selbstwertgefühl, ausgeprägte soziale Fähigkeiten, Optimismus, gutes Handling der eigenen Krankheit und die Fähigkeit zu problemorientierter Stressverarbeitung (Coping), während Unselbstständigkeit, Depressivität, Neurotizismus, Schwierigkeiten bei der Äußerung von Gefühlen und schlechtes Coping negative Einflüsse darstellen. Die bisherigen Studienergebnisse werden im Folgenden erläutert und in einer Tabelle zusammengefasst.

Eine Befragung schizophren erkrankter Personen über den Zusammenhang ihrer Vorstellungen zur Lebensqualität ergibt, dass die Nennung von Krankheitsaspekten und schlechter Befindlichkeit negative, die Thematisierung von Familie und die Befriedigung oraler Bedürfnisse positive Prädiktoren der gemessenen subjektiven Lebensqualität darstellen. In der hier beschriebenen Studie zeigen Meyer und Franz (2006), dass das individuelle Erleben der Krankheit und „unterschiedliche Vorstellungen darüber, was Lebensqualität ausmacht, die quantitativen Bewertungen der Lebensqualität mitbedingen“.


Funktionsfähigkeit und Lebensbedingungen schlechter als unabhängige Beobachter und als sie selbst nach Abklingen der depressiven Episode.


Bei psychisch erkrankten Elternteilen, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder beurteilen, korreliert der Grad der Depressivität der Eltern negativ mit ihrer Beurteilung des Wohlbefindens ihrer Kinder (Pollak et al., 2008). Es ist an diesem Punkt schwierig zu beurteilen, ob die Lebensqualität der Kinder durch die Depression der Eltern tatsächlich eingeschränkt ist oder ob depressive Personen diese nur schlechter einschätzen.

Bei Depression findet eine Vermischung zwischen Einfluss- und Zielvariablen statt. Es ist leicht nachvollziehbar, dass depressive Personen ihre oder die Lebensqualität ihrer Kinder als schlechter einschätzen als gesunde Personen. Hier handelt es sich um eine subjektive Bewertung der Lebensumstände, die durch eine depressive Stimmungslage schlechter ausfällt.

Dieser Problematik soll in der Diskussion weiter nachgegangen werden.


Bei einer Stichprobe gesunder Kinder stellt sich das **Selbstwirksamkeitsgefühl** als bedeutender positiver Prädiktor der Lebensqualität heraus. Die stärksten Korrelationen zeigen sich mit den KINDL\textsuperscript{R}\textsuperscript{-}Skalen Selbstwert und Schule (Kvarme et al., 2009).


Die subjektiven Einflussfaktoren und ihre Prädiktionsrichtung auf die Lebensqualität und die sie thematisierenden Studien sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

### Tabelle 2: Subjektive Prädiktoren der Lebensqualität und ihre Prädiktionsrichtung nach Befunden der Literatur

<table>
<thead>
<tr>
<th>EINFLUSSFAKTOR</th>
<th>POSITIVE KORRELATION</th>
<th>NEGATIVE KORRELATION</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hohes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl</td>
<td>Ritsner et al. (2000)</td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Moreno-Jiménez et al. (2007)</td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwirksamkeit</td>
<td>Kvarme et al. (2009)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soziale Fähigkeiten des Kindes (Elternbericht)</td>
<td>Bastiaansen et al. (2005a)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Optimismus</td>
<td>Schou et al. (2005)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Problemorientiertes Coping</td>
<td>Ritsner et al. (2000)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einblick in Krankheit und Behandlung</td>
<td>Ritsner et al. (2000)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Karlsen et al. (1999)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pollak et al. (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurotizismus</td>
<td>Moreno-Jiménez et al. (2007)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwanghaftigkeit</td>
<td>Ritsner et al. (2000)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zusammenfassend lässt sich sagen:


Die meisten der bisherigen Studien über den Einfluss objektiver und subjektiver Faktoren auf die Lebensqualität beziehen sich auf erwachsene Probanden. Umso wichtiger ist es, Zusammenhänge dieser Art auch bei Kindern, im Besonderen Kindern psychisch Kranker, aufzudecken und zu erfahren, welche Lebensumstände und Persönlichkeitsfaktoren sich speziell auf ihr Wohlbefinden auswirken.
2.3.3 **DIE STRESSVERARBEITUNG ALS SCHUTZ-/BELASTUNGSFAKTOR BEI KINDERN**

Besondere Aufmerksamkeit soll in dieser Arbeit der Stressverarbeitung als subjektivem Einflussfaktor auf die Lebensqualität von Kindern gewidmet werden.

Verschiedene Studien geben Hinweise, dass die Stressverarbeitung bzw. die Anwendung unterschiedlicher Coping-Mechanismen bei psychisch stark belasteten Kindern in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität steht.

2.3.3.1 **DEFINITION STRESSVERARBEITUNG (COPING)**


2.3.3.2 DIE STRESSVERARBEITUNGSTRATEGIEN VON KINDERN IN UNVERÄNDERLICHEN BELASTUNGSSITUATIONEN


Problembezogenes und kognitives Coping können gleichzeitig oder auch einzeln angewendet werden. Welche Strategie ein Kind wählt, hängt nach Houtzager et al. (2003; nach Kliwer & Sandler, 1992) von der jeweiligen gegenwärtigen Situation ab. Ist es durch einen unkontrollierbaren Stressor wie eine chronische Erkrankung eines Angehörigen nicht möglich, die Situation zu modifizieren und das Problem zu lösen, muss das Kind auf kognitionsoptionsbezogenes Coping (secondary control) zurückgreifen (Stam et al., 2006).


2.3.3.3 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT

Da sich bisherige Studien zum Zusammenhang zwischen der Stressverarbeitung und der Lebensqualität von Kindern stark in Aufbau und Verwendung von Messinstrumenten unterscheiden, bietet sich ein sehr heterogenes Ergebnisbild. Es kann zwischen Studien unterschieden werden in denen die Kinder selbst, ihre Eltern oder beide befragt werden.

2.3.3.1 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM SELBSTBERICHT

sich zwischen problemorientiertem Coping und vier der sechs Subskalen (Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag) des KINDL®. Negative Beziehungen bestehen zwischen destruktiv-ärgerbezogenen Strategien und der Lebensqualität.

Über den Zusammenhang zwischen Stressbewältigung und der Lebensqualität von Kindern, die durch die Erkrankung eines Angehörigen unter einer psychischen Belastung leiden, ist nur wenig beschrieben. Dieser wird im Folgenden deshalb vor allem anhand selbst erkrankter Kinder und Jugendlicher dargestellt.

Für Kinder mit verschiedenen körperlichen Belastungen kann ein Zusammenhang zwischen ihrer Stressverarbeitung und Lebensqualität nachgewiesen werden. In den meisten Untersuchungen wurden die Kinder selbst befragt:

Petersen, Schmidt, Bullinger und die DISABKIDS Group (2006) kommen in ihrer Studie mit 295 Kindern und Jugendlichen, die an einer chronischen Erkrankung leiden (Asthma, Diabetes mellitus oder Arthritis) zu dem Ergebnis, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Probanden signifikant mit ihrer Copingfähigkeit zusammenhängt. Vor allem die Copingstrategien „emotional reaction“ (negative Korrelation) und „acceptance“ (positive Korrelation) korrelieren stark mit allen Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder.


Bewältigungsmechanismen stark mit der Höhe der Lebensqualität assoziiert sind, da diese die Varianz der Lebensqualitätsmessung bedeutsam erhöhen.


Auch für Kinder, die nicht selbst erkrankt, sondern die durch die Erkrankung eines Angehörigen psychisch stark belastet sind, wird der Zusammenhang zwischen Stressbewältigung und Lebensqualität im Selbstbericht in einzelnen Studien untersucht:


2.3.3.2 Zusammenhang der Stressverarbeitung von Kindern mit ihrer Lebensqualität im Elternbericht


2.3.3.3 Zusammenhang der Stressverarbeitung von Kindern mit ihrer Lebensqualität im Selbst- und Elternbericht

In drei der beschriebenen Studien wird der Zusammenhang sowohl aus Daten aus dem Selbstbericht der Kinder als auch denen der Elternberichte untersucht:


Sawyer, Whitham, Roberton, Taplin, Varni und Baghurst (2003) befragen 59 an idiopathischer juveniler Arthritis erkrankte Kinder und deren Eltern bezüglich des Zusammenhanges der Schmerzerfahrungen und Copingstrategien mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. Im Fremdbericht durch die Eltern ergibt sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Copingstrategie „anstreben sich auszuruhen und allein zu sein“ (‘strive to rest and be alone’) und der Lebensqualität der Kinder in den Bereichen körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden sowie im krankheitsbezogenen Fragebogen im Bereich täglicher Aktivitäten. Die Kinder selbst


Um einen Überblick über die Studienergebnisse zu erhalten, sind sie in Tabelle 3 noch einmal zusammen gefasst.

Tabelle 3: Zusammenhänge von Stressbewältigung und Lebensqualität bei Kindern mit verschiedenen Belastungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren (Jahr)</th>
<th>Erhebungsinstrument (Lebensqualität)</th>
<th>Stressbewältigungsstrategie</th>
<th>Korrelation</th>
<th>Art der Belastung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eschenbeck et al. (2006)</td>
<td>KINDL® (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Problemorientiert (problemlösende = günstige Bewältigung*)</td>
<td>+</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Destraktiv-ärgerbezogen (ungünstige Bewältigung*)</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Petersen et al. (2006)</td>
<td>´Chronic generic module´ des DISABKIDS-Instrumentes (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>´acceptance´</td>
<td>+</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>´emotional reaction´</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autoren (Jahr)</td>
<td>Erhebungsinstrument (Lebensqualität)</td>
<td>Stressbewältigungsstrategie</td>
<td>Korrelation</td>
<td>Art der Belastung</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------------------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Stam et al. (2006)</td>
<td>RAND-36 (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Positive Einstellung, Optimismus (problemlösende Bewältigung*)</td>
<td>+</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Sawyer et al. (2005)</td>
<td>PedsQL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Soziales Unterstützungsbedürfnis (problemlösende Bewältigung*); Anstreben sich auszuruhen und allein zu sein</td>
<td>-</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Depressives Reaktionsmuster: Sorgen um die Vergangenheit, gedankliche Weiterbeschäftigung (ungünstige Stressverarbeitung*)</td>
<td>-</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Maurice-Stam et al. (2007)</td>
<td>TNO-AZL children’s quality of life questionnaire (TACQOL) (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Positive Einstellung, Optimismus (problemlösende Bewältigung*)</td>
<td>+ (n.s.)</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Grey et al. (1998)</td>
<td>Diabetes Quality of Life Youth Scale (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Günstige Stressverarbeitungsstrategien (Modifikation kognitiver Strategien, Training sozialer Kompetenzen, guter Konfliktlösungen und sozialer Problemlösungen)</td>
<td>+</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Suche nach Bedeutung und Verständnis der Krankheit - kognitives Coping (*ungünstige Stressverarbeitung)</td>
<td>- (n.s.)</td>
<td>Erkrankung des Geschwisters</td>
</tr>
<tr>
<td>Houtzager et al. (2005)</td>
<td>TACQOL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Positive Einstellung, Optimismus - kognitives Coping (problemlösende Bewältigung*)</td>
<td>+</td>
<td>Erkrankung des Geschwisters</td>
</tr>
<tr>
<td>Autoren (Jahr)</td>
<td>Erhebungsinstrument (Lebensqualität)</td>
<td>Stressbewältigungsstrategie</td>
<td>Korrelation</td>
<td>Art der Belastung</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------------------------------------</td>
<td>----------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Frare et al. (2002)</td>
<td>Ecocultural Family Interview (EFI) (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Problemorientiert, soziales Unterstützungsbedürfnis (problemlösende Bewältigung*), kognitives Coping</td>
<td>+ (Elternbericht)</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Marsac et al. (2006)</td>
<td>Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ): activities, symptoms, emotions</td>
<td>Vermeidende Bewältigungsstrategien (ungünstige Bewältigung*)</td>
<td>- (Elternbericht)</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Sawyer et al. (2003)</td>
<td>PedsQL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Kognitive Selbstinstruktion (problemlösende Bewältigung*)</td>
<td>+ (Elternbericht)</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Ravens-Sieberer et al. (2001)</td>
<td>KINDL* (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)</td>
<td>Günstige Stressverarbeitungsstrategien</td>
<td>+ (Eltern- &amp; Selbstbericht)</td>
<td>Eigene Erkrankung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

+ = positive Korrelation; - = negative Korrelation; n.s. = nicht signifikant
* nach der Einteilung von Hampel et al. (2001)

Auf die für diese Studie relevanten Fragebögen wird im Methodenteil genauer eingegangen.

In Anbetracht der bisherigen Studienergebnisse scheinen günstige Stressverarbeitungsstrategien Schutzfaktoren zu sein, die Kindern ermöglichen, trotz starker körperlicher oder psychischer Belastungen eine gute Lebensqualität zu erhalten.

2.3.3.4 Bedeutung von Selbst- und Fremdbeurteilungen

Bei verschiedenen Studien sind die Ergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes der Eltern-Kind-Übereinstimmungen bei der Bewertung der kindlichen Lebensqualität nicht einheitlich. Einige Studien berichteten über eine eher geringe Übereinstimmung der Eltern-Kind-Beurteilung (Upton et al., 2005; Marsac et al., 2006; Sawyer et al., 2003; Vrijmoet-Wiersma et al., 2009), andere kommen zu mäßigen bis guten Übereinstimmungen (Sawyer, Antoniou, Toogood & Rice, 1999; Theunissen et al., 1998).


Auch in verschiedenen anderen Studien wird deutlich, dass die Bewertung der Lebensqualität sowohl im Fremd- als auch im Selbstbericht stattfinden sollte.

Trotz einer möglichen Einschränkung in der Aussagekraft einer Fremdeinschätzung wurde in der vorliegenden Studie entschieden, die Datenerhebung durch eine Befragung psychisch erkranker Eltern bezüglich ihrer Kinder durchzuführen. Für dieses Vorgehen sprach die Erkenntnis, dass die Erreichbarkeit betroffener Eltern deutlich besser ist als die ihrer Kinder und somit überhaupt erste Befragungen über das kindliche Erleben in betroffenen Familien möglich wird. Darüber hinaus können die gewonnenen Fremdeinschätzungen mit anderen Studien verglichen und weitere Befunde über die Lebensqualität der Kinder von psychisch Kranken aufgezeigt werden.

2.3.4 Mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Kindern psychisch kranker


Viele Autoren beschreiben die psychische Erkrankung eines Elternteils als Risikofaktor für die betroffenen Kinder. Es ist dabei meistens von erschwerten Entwicklungsbedingungen oder der Gefahr eigener psychischer Auffälligkeiten die Rede. Direkte subjektive und objektive Prädiktoren ihrer
Lebensqualität sind nur selten beschrieben, allerdings sind einige Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder psychisch Kranker (unter Punkt 2.2.2 bereits zum Teil beschrieben) bekannt:


Die direkten Zusammenhänge zwischen subjektiven und objektiven Einflussfaktoren (unabhängige Variablen) und der Lebensqualität als Outcomeparameter (abhängige Variable) von Kindern psychisch Kranker sind bisher nicht ausreichend beschrieben. Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Studie, die zum Ziel hat, Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker zu identifizieren. Der angestrebte Wissensgewinn soll dazu beitragen, Kindern
psychisch erkrankter Personen dabei zu helfen, trotz belastender Umstände eine gute Lebensqualität zu erhalten und sich zu gesunden Erwachsenen zu entwickeln.

2.4 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Der Zusammenhang zwischen verschiedenen soziodemographischen Variablen sowie persönlichen Faktoren und der Lebensqualität wird in mehreren Studien an unterschiedlichen Probandengruppen bereits beschrieben. Dieser Zusammenhang soll an einer Gruppe von Kindern psychisch erkrankter Eltern überprüft werden. Die Fragen lauten:

1. Korrelieren die unter Punkt 2.3.1 und 2.3.2 beschriebenen objektiven und subjektiven Faktoren auch mit der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter?

2. In welchen Faktoren unterscheiden sich die Kinder, die widerstandsfähig sind und trotz hohen Risikos eine gute Lebensqualität haben, von denen, deren Lebensqualität stark unter der Belastung leidet?

3. Welche Faktoren ermöglichen es ihnen, trotz der Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil eine gute Lebensqualität zu erhalten?

4. Welche Faktoren wirken sich negativ auf ihr Wohlbefinden aus?

5. Welche Rolle spielen soziodemographische Daten, familiäre Situation und Persönlichkeitsmerkmale bei der Verarbeitung der Belastung?

Diese Punkte sollen in der vorliegenden Arbeit geklärt werden. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder gelegt werden.

Oben genannte Studien belegen, dass es objektive Faktoren – soziodemographische und klinische Daten - gibt, die die subjektive Lebensqualität von Personen beeinflussen. Es soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden, ob diese Zusammenhänge auch bei Kindern psychisch Kranker bestehen.

Anhand bisheriger wissenschaftlicher Ergebnisse (1.5.1, 1.5.3) lassen sich zu objektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Kindern psychisch Erkranker einige Hypothesen formulieren.
Für objektive Faktoren, die sich auf das Kind selbst beziehen, lassen sich die folgenden sechs Hypothesen aufstellen:

Ein Zusammenhang ohne vorhersehbare Richtung besteht zwischen der Lebensqualität und

1. dem **Alter** des Kindes,
2. dem **Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils.**
3. dem **Geschlecht** des Kindes.

Ein Zusammenhang mit vorhersehbarer Richtung besteht bei

4. **Religionszugehörigkeit (4a) und Religiosität (4b)** mit positivem Einfluss auf die Lebensqualität der Kinder und
5. **Migrationshintergrund** mit negativer Wirkung auf die Lebensqualität des Kindes.
6. Das Vorliegen einer **behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr** korreliert negativ mit der Lebensqualität.

In Bezug auf soziodemographische Daten der erkrankten Eltern können weitere Hypothesen formuliert werden:

7. Das **Geschlecht** des betroffenen Elternteils steht in Zusammenhang mit der Lebensqualität,
8. der **Familienstand** der Eltern steht in Zusammenhang mit der Lebensqualität des Kindes (d.h. zusammen lebende Eltern haben im Vergleich zu getrennten einen positiven Einfluss)
9. **ein höherer Schulabschluss (a), ein höherer Berufsabschluss (b) und eine gute derzeitige berufliche Situation (c)** des erkrankten Elternteils stehen in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder.
10. Das **Überlastungsgefühl** des erkrankten Elternteils in Bezug auf die Kindererziehung steht in negativem Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Auch klinische Variablen der Erkrankten stehen in Zusammenhang mit der Lebensqualität ihrer Kinder:

11. Die **psychiatrische Diagnose** ist ein bedeutender Prädiktor der Lebensqualität.
12. Die **Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte** korreliert negativ mit dem Wohlbefinden der Kinder.

Zu familiären und in der Umwelt liegenden Faktoren lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

13. Das **Haushaltseinkommen** steht in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Weitere Einflussfaktoren sind

14. die **Tabuisierung der Erkrankung** und

15. die **Anzahl der Geschwister** die mit der Lebensqualität in negativem Zusammenhang stehen.

Nach bisherigen Erkenntnissen (2.3.2, 2.3.4) lassen sich ebenfalls Hypothesen zu subjektiven Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter formulieren:

16. Der Grad der **Depressivität (a)** der Kinder korreliert negativ mit ihrer Lebensqualität. Die Höhe des **Selbstwertgefühls (b)** und das **Selbstkonzept (c)** der Kinder korrelieren positiv mit ihrer Lebensqualität.

17. Auch die **Stressverarbeitung** in belastenden Situationen steht, wie oben dargestellte Studien belegen, in bedeutendem Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. In den unter 2.3.3.3 dargestellten Befunden zeichnet sich deutlich ab, dass stressreduzierendes Coping (v.a. Problemlösender Bewältigungsstrategien) positiv mit der Lebensqualität von Kindern korreliert. Somit lässt sich folgende Hypothese bezüglich des Einflusses der Stressverarbeitung formulieren:


In verschiedenen Studien wird ein negativer Zusammenhang zwischen verschiedenen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien (z.B. Aggression, passive Vermeidung, Gedankliche
Weiterbeschäftigung) und der Lebensqualität von Kindern gezeigt. Ausgehend vom derzeitigen Wissensstand lässt sich somit eine weitere Hypothese bezüglich der Stressverarbeitung aufstellen:


Da die tatsächliche Auswirkung der psychiatrischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder durch das Fehlen einer Kontrollgruppe von gesunden Eltern nicht abzuschätzen ist, wird hier ersatzweise der Schweregrad der Belastungen innerhalb der Stichprobe als Einflussfaktor verwendet.

Damit kann nicht ausgesagt werden, dass die gefundenen Zusammenhänge spezifisch für Kinder psychisch Kranker Eltern sind, da die gleichen Zusammenhänge auch in Stichproben nicht erkrankter Eltern beobachtbar wären.
3. METHODIK

Im folgenden Kapitel sollen Stichprobe, Studiendesign und –ablauf, Zielsetzung, verwendete Fragebögen sowie die statistische Auswertung der Studie dargestellt werden.

Bei der hier vorliegenden Arbeit handelt sich um eine Interviewstudie, im Rahmen derer psychisch erkrankte Eltern minderjähriger Kinder einmalig befragt wurden, das heißt es handelt sich hierbei um ein Fremdbeurteilungsverfahren. Die interviewten Personen befanden sich zur Zeit der Datenerhebung in stationärer psychiatrischer Behandlung.

3.1 DIE STICHPROBE

3.1.1 EINSCHLUSSKRITERIEN

Insgesamt wurden 94 stationäre Patienten in fünf psychiatrischen Kliniken kontaktiert.

Für die Teilnahme an der Studie mussten folgende Einschlusskriterien erfüllt sein:

⇒ Patient befindet sich in vollstationärer Behandlung in einer der Kooperationskliniken
⇒ Patient ist Vater oder Mutter (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegeelternteil) eines Kindes im Alter von 3-18 Jahren
⇒ Kind lebt seit mindestens 12 Monaten im gleichen Haushalt
3.1.2 Ausschlusskriterien

Nicht in Frage kamen Personen mit folgenden Ausschlusskriterien:

☞ Patient ist in teilstationärer/ ambulanter Behandlung
☞ Patient wird in einer geschlossenen Abteilung behandelt
☞ Patient ist nicht ansprechbar
☞ Patient hat deutliche Intelligenzminderung
☞ Personen haben mangelnde Sprachkenntnisse
☞ Es leben keine Kinder im Haushalt des Patienten
☞ Kinder leben seit weniger als 12 Monaten im Haushalt
☞ Kinder sind jünger als 3 Jahre oder älter als 18 Jahre

Die Patienten rekrutierten sich aus folgenden Kliniken:

☞ Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie der Universitätsklinikum Gießen-Marburg GmbH, Am Steg 22, 35385 Gießen
☞ Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Gießen, Licher Str. 106, 35394 Gießen
☞ Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg des Universitätsklinikums Gießen-Marburg GmbH, Bultmannstr. 8, 35039 Marburg
☞ Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg-Süd, Cappeller Str. 98, 35039 Marburg
☞ Zentrum für Soziale Psychiatrie Rehbergpark g.GmbH, Austraße 40, 35745 Herborn
3.1.3 Umfang und Zusammensetzung der Stichprobe

3.1.3.1 Stichprobenumfang


Aufschlüsselung der Ursachen für die 24 aus der Analyse genommenen Interviews:

- Interviewer nicht voll-, sondern teilstationär untergebracht: 4 Fälle
- Interviewer lebt mit seinem Kind nicht im gleichen Haushalt: 8 Fälle
- Interviewer und sein Kind waren innerhalb der letzten zwei Jahre länger als sechs Monate getrennt: 10 Fälle
- Mutter-Kind-Behandlung: 3 Fälle

In einem Fall wurde ein Interview zu einem weiteren Kind der Familie angefertigt, das nicht in die Analyse einbezogen wurde.

70 Interviews entsprachen den oben genannten Kriterien und gelangten somit in die folgende Datenanalyse.
3.1.3.2 GESCHLECHT DER INTERVIEWTEN ELTERN

Die Geschlechterverteilung der Probanden ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Geschlecht der interviewten Eltern

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geschlecht</th>
<th>Anzahl der Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Weiblich</td>
<td>40</td>
<td>57,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Männlich</td>
<td>30</td>
<td>42,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Unter den 70 in die Datenanalyse einbezogenen Interviewteilnehmern waren mehr weiblich als männlich.

3.1.3.3 ALTER DER INTERVIEWTEN ELTERN

Die Altersverteilung der in die Datenanalyse einbezogenen Probanden stellt Tabelle 5 dar.

Tabelle 5: Alter der interviewten Eltern

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mittleres Alter der Stichprobe in Jahren</th>
<th>Mittleres Alter Frauen</th>
<th>Mittleres Alter Männer</th>
<th>Standardabweichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>41,96</td>
<td>40,17</td>
<td>44,35</td>
<td>6,86</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das Alter der Probanden lag zwischen 27,48 und 57,29 Jahren. Die befragten Männer waren signifikant älter als die Frauen der Stichprobe.
3.1.3.4 Psychiatrische Diagnosen der Eltern

Die psychiatrischen Diagnosen der Interviewteilnehmer konnten in 38 (54,3%) der 70 Fälle aus den Ärztefragebögen entnommen werden, die dem behandelnden Arzt bei Einverständnis des Probanden ausgehändigt wurden. Die anderen Diagnoseangaben beruhen auf Aussagen des Befragten, drei (4,3%) der Befragten gaben ihre Diagnosen gar nicht an.

Bei 46 (56,7%) der Interviewteilnehmer lag nur eine psychische Erkrankung vor, auf 21 Personen (30,0%) trafen eine bis drei weitere Diagnosen zu.

In Tabelle 6 ist die Verteilung der psychischen Störungen in der Stichprobe dargestellt.

Tabelle 6: Diagnosen der Interviewteilnehmer nach ICD-10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Psychiatrische Diagnose</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F00-F09</td>
<td>2</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19</td>
<td>10</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen F20-F29</td>
<td>5</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Affektive Störungen F30-39</td>
<td>41</td>
<td>58,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F40-49</td>
<td>21</td>
<td>30,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50-59</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60-69</td>
<td>11</td>
<td>15,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-98)</td>
<td>2</td>
<td>2,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die meisten psychiatrischen Diagnosen der Stichprobe entfielen, wie in Tabelle 6 dargestellt, mit 41 Personen auf die Gruppe der Affektiven Störungen (F30-39). Die am häufigsten diagnostizierte affektive Störung der Stichprobe stellt die Diagnose der Depressiven Episode (F32) dar.

Als zweithäufigste Erkrankung der Teilnehmer trafi die Diagnose Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (F40-49) zu – die meisten dieser Personen (8,6% der Stichprobe) litten an einer Anpassungsstörung (F43.2) sowie mit jeweils drei Personen (4,3%) an einer nicht näher definierten Angststörung (F41) oder Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst – F41.0).
Die dritt- und viertgrößte Gruppe stellen die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-69) mit elf Fällen und die Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) mit zehn Betroffenen dar.

Einzelne Personen konnten den Störungsgruppen Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-29), Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-98) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-59) zugeordnet werden.

Da für einige der Probanden mehrere Diagnosen zutrafen, ergeben die Prozentzahlen insgesamt mehr als 100%.

Weitere soziodemographische und klinische Angaben folgen im Ergebnisteil.

3.2 ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

3.2.1 DIE INTERVIEWERINNEN


Anschließend führten die Studentinnen Probeinterviews durch, um den Ablauf der Interviews und Reaktionen auf Fehlverhalten der Interviewten zu üben und zu verinnerlichen.
3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Es wurde eine einzeitige Querschnittsmessung an psychisch erkrankten Eltern durchgeführt. Die Probanden wurden zu soziodemographischen Daten ihrer Person, ihrer Familie und ihrem Kind sowie zu Persönlichkeitsfaktoren, Stressverarbeitenstrategien und zur Lebensqualität ihres Kindes befragt. Die erhobenen Daten sollen genutzt werden, um den Zusammenhang verschiedener soziodemographischer und persönlicher Variablen und der Stressverarbeitung mit der Lebensqualität der Kinder zu ermitteln.


Kinder, die eine gute Lebensqualität erhalten konnten, können als widerstands- und anpassungsfähig bezeichnet werden.


In der Regel nannten die Kooperationskliniken den Interviewerinnen Patienten, die für die Studie in Frage kamen und sich beteiligen wollten. Dafür wurde zunächst das Pflege- und Ärztepersonal der psychiatrischen Kliniken über die Studie informiert und um Mithilfe bei der Rekrutierung von Probanden gebeten. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken Gießen-Marburg GmbH erfragten die Interviewerinnen selbst die Ein-/Ausschlusskriterien und Teilnahmebereitschaft bei neu aufgenommenen Patienten.

Alle Patienten wurden mittels eines standardisierten Textes (siehe unten) angesprochen und über den Zweck der Studie und Ablauf des Interviews aufgeklärt.
Guten Tag, mein Name ist ………

Ich suche Patienten für Interviews. Es geht darum, einige Fragebögen zu beantworten, die dazu dienen sollen, in der Zukunft Hilfsangebote an psychisch erkrankte Eltern und an ihre Familien zu verbessern. Ich möchte Sie bitten, an diesem Interview teilzunehmen, falls Sie zu unserer Zielgruppe gehören.

Unsere Zielgruppe sind Patienten, die minderjährige Kinder zuhause haben – es müssen nicht nur eigene Kinder sein, sondern können auch sogenannte Stief- oder Pflegekinder sein. Leben Sie mit minderjährigen Kindern zusammen?

Falls nein → Dann kommen Sie leider nicht in Frage.

Falls ja → Sind Sie voll- oder teilstationärer Patient?

Falls teilstationär → Dann kommen Sie leider nicht in Frage.

Falls Vollstationär → Sie wären für das Interview geeignet.

Ich habe hier ein Informationsblatt zu diesem Interview. Ich würde Sie bitten, dieses durchzulesen, und falls Sie dann einverstanden sind, würden wir das Interview jetzt oder zu einer späteren Zeit durchführen. Wie es Ihnen am besten passt. Das Interview dauert ungefähr zwei Stunden. Ich beantworte Ihnen gerne auch Fragen zum Informationsblatt.

Patienten, die für die Studie in Frage kamen und sich zur Teilnahme bereitklärten, erhielten oben genanntes Informationsblatt („Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung“) sowie die Gelegenheit für Rückfragen.


Für die Durchführung der Befragung wurde in der Regel ein weiterer Termin ausgemacht.

Die Studentinnen suchten für die Befragung einen ruhigen Raum (meistens das Stations- oder Arztzimmer; bei Einzelzimmern auch das Patientenzimmer), um ein ungestörtes und konzentriertes Setting zu schaffen.

Im Anschluss an die Befragung legte die Interviewerin dem Probanden ein Formular vor, mit dem er seine Einwilligung zur Befragung seines Partners oder seines Kindes geben konnte. Außerdem wurde er um die Erlaubnis gebeten, dem behandelnden Arzt einen Fragebogen auszuhändigen.


3.3 Erhebungsverfahren


Hat der erkrankte Elternteil mehrere Kinder im Alter von 3-18 Jahren, wurde dem Probanden freigestellt, zu welchem seiner Kinder er die Fragen beantworten wollte.


Da die Fragebögen komplexe Antwortskalen enthielten, erhielt der Proband zur Beantwortung der Fragen ein Skalenheft. So wurde ihm ein Überblick über die Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Fragenkomplexe gegeben.
Beispiel einer Antwortskala:

Wie zutreffend ist dieser Satz für Sie und Ihre Familie?

Mögliche Antworten:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Trifft gar nicht zu</th>
<th>Trifft wenig zu</th>
<th>Trifft eher zu</th>
<th>Trifft sehr zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die soziodemographischen Daten der Probanden, Familien und Kinder sowie weitere mögliche Schutz- und Belastungsfaktoren wurden mittels selbst konstruierter oder aus bestehenden Skalen
entnommener Items erhoben. Tabellen, die die Übersicht über den Ursprung der im Testheft verwendeten Items zeigen, sind im Anhang (S. 136-139) zu finden.

3.3.1 ERHEBUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER UND KLINISCHER ANGABEN

Es wurden die soziodemographischen Daten der erkrankten Eltern sowie ihrer Kinder und Familien erfragt. Im Folgenden sind die Variablen genannt, die für die vorliegende Studie von Bedeutung sind.

An kindlichen Daten wurden Alter und Geschlecht, das Alter bei Ersterkrankung des Elternteils, Migrationshintergrund, Religionszugehörigkeit und Religiosität und das Vorhandensein einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr erfragt.


Für die vorliegende Arbeit wurden zur Familie und Umwelt des Kindes Nettohaushaltseinkommen, Tabuisierung der Erkrankung, die Anzahl der Geschwister und die soziale Unterstützung des Kindes durch Nachbarn und Gemeinde als relevante Daten ermittelt.

3.3.2 ERHEBUNG SUBJEKTIVER SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN DER KINDER

Mögliche subjektive Einflussfaktoren auf die Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker wurden wie folgt erhoben:


Die Syndromskala 3 der CBCL/4-18 ermittelt Ängstlichkeit und Depressivität der Kinder als Teil internalisierender Auffälligkeiten. Neben allgemeiner Ängstlichkeit werden auch Nervosität, Klagen
über Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung erfragt.

Die Eltern wurden darum gebeten, für jede genannte Eigenschaft zu beantworten, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten sechs Monate bei dem Kind zu beobachten war. Die Antwortmöglichkeiten waren 0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas“ oder „manchmal“ und 2 = „genau“ oder „häufig“.

Beispiele:

Klagt über Einsamkeit……………………………………………………… 0 1 2

Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen…………………………………… 0 1 2

Hat Angst, in den Kindergarten/ in die Schule / zum Arbeitsplatz zu gehen…… 0 1 2

Fühlt sich wertlos und unterlegen……………………………………………… 0 1 2

Ist bei anderen Kindern oder Jugendlichen nicht beliebt………………………… 0 1 2

Für die Skalen der CBCL/4-18 ist jeweils ein cut-off-Wert (T-Wert) angegeben. 2% der Repräsentativstichprobe hatten diesen oder einen geringeren T-Wert und wurden demzufolge als klinisch auffällig beurteilt. Zudem wurde jeweils ein Übergangsbereich von Unauffälligkeit zu Auffälligkeit definiert.

Das **Selbstwertgefühl** der Kinder wurde über 4 bzw. 5 selbstkonstruierte Items erfragt. Je nach Alter des Kindes lautete der Eingangssatz:

„Meine Meinung ist, dass dieses Kind...“ (bei noch nicht schulpflichtigen Kindern) oder „Dieses Kind würde von sich selbst sagen, dass es...“ (bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen)

... stolz auf sich selbst ist

... sich selbst gut leiden mag

... sich unwichtig fühlt

... viele wichtige Dinge tut

... von anderen Leuten für einen wertvollen Menschen gehalten wird (nur bei älteren Kindern)
Die Beantwortung erfolgte auf einer vierstufigen Skala. Auch die Option „weiß ich nicht“ war möglich:

| Ja □(4) | Eher ja □(3) | Eher nein □(2) | Nein □(1) | Weiß ich nicht □(88) |

Für jüngere Kinder (drei bis ca. sechs Jahre) wurde angenommen, dass ihre Selbsteinschätzung nicht so stark differenziert ausgebildet ist wie bei älteren Kindern (ab Schulbeginn bis 18 Jahre) oder sie sich dazu nicht differenziert äußern können. Daher sollten die Eltern das Selbstwertgefühl bei jüngeren Kindern selbst einschätzen, während für ältere Kinder angegeben werden sollte, wie die Meinung des Kindes über sich selbst sei.

Das **Selbstkonzept** der Kinder wurde über den gleichen Fragenmodus erhoben wie das Selbstwertgefühl. Das Selbstkonzept oder Selbstbild eines Menschen bezeichnet die Wahrnehmung der und Meinung über die eigene Person. Die Fragen zum Selbstkonzept bestehen in der vorliegenden Studie aus 55 (nicht schulpflichtige Kinder zwischen 3 und 6 Jahren) bzw. 44 Items (schulpflichtige Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren). Es wurden Fragen zu schulischen (oder Kindergarten - akademisches Selbstkonzept), sozialen, emotionalen und körperlichen Aspekten sowie zum Fähigkeitsselbstkonzept und der Stabilität/Integrität des Selbstbildes konstruiert, die das Selbstkonzept in diesen Bereichen darstellen und erfragen sollen.

**Beispiele:**

„Meine Meinung ist, dass dieses Kind...“ oder „Dieses Kind würde von sich selbst sagen, dass es...“

… ein guter Schüler ist (akademisches Selbstkonzept)

… klug ist (Fähigkeitsselbstkonzept)

… zu anderen Menschen leicht Kontakt knüpfen kann (soziales Selbstkonzept)

… ein freudiger Mensch ist (emotionales Selbstkonzept)

… das richtige Körpergewicht hat (physisches Selbstkonzept)

… sich seinen Überzeugungen entsprechend verhält (Stabilität des Selbstkonzeptes)
Die Beantwortung der Fragen erfolgte wie beim Selbstwertgefühl auf einer vierstufigen Skala:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ja</th>
<th>Eher ja</th>
<th>Eher nein</th>
<th>Nein</th>
<th>Weiß ich nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>(4)</td>
<td>(3)</td>
<td>(2)</td>
<td>(1)</td>
<td>(88)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Erhebung der Stressverarbeitung als möglicher Prädiktor der Lebensqualität wird unter 3.3.3 genauer erläutert.

3.3.3 **UNABHÄNGIGE VARIABLE STRESSVERARBEITUNG GEMESSEN MIT SVF-KJ**


Der Test ist in zwei Bereiche mit jeweils 36 Items gegliedert: Der erste Teil des Fragebogens bezieht sich auf eine individuelle soziale Konfliktsituation des Kindes („Wenn mich andere Kinder unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann…“), der zweite Teil beschäftigt sich mit einer Leistungssituation im schulischen Bereich, in der sich das Kind unter Druck gesetzt fühlt („Wenn mich etwas in der Schule unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, dann…“). Zu beiden Bereichen werden je zwei Beispielsituationen genannt, damit sich die Kinder zur Beantwortung der Fragen eine individuelle Situation aus dem jeweiligen Stressorbereich vorstellen können.

(„Bagatellisierung“ und „Ablenkung/Erholung“) und „Problemlösende Bewältigung“
(„Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“) unterteilt.


Die neun Subtests des SVF-KJ werden durch jeweils vier Items repräsentiert, die in Bezug auf die individuelle soziale und schulische Belastungssituation beantwortet werden (Stauber et al., 2001). Es werden zum Umgang mit den zwei verschiedenen Konflikt situationen so insgesamt 72 Items erhoben, die die Kinder mit einer fünfstufigen Likertskala (0 = auf keinen Fall, 1 = eher nein, 2 = vielleicht, 3 = eher ja, 4 = auf jeden Fall) bewerten können.

Bei der objektivierten Auswertung durch eine Schablone werden Rohwerte (0 = auf keinen Fall, 4 = auf jeden Fall) ermittelt und den Subtests zugeordnet. Die Konflikt situationen (soziale/ schulische Belastungssituation) werden getrennt berechnet. Durch Addition der Subtestwerte und Division der Anzahl der Subtestwerte lassen sich Rohwerte für die Sekundärtests berechnen. Anhand von Normwerttabellen können die Werte dann in Prozentränge und T-Werte übertragen werden. Die Stressverarbeitungsstrategien können situationsspezifisch oder situationsübergreifend bestimmt werden.


Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der neun situationsübergreifenden Subtests liegen zwischen .71 und .89 und sind somit zufriedenstellend bis gut (mittleres Cronbach’s Alpha =.80; Fisher-z-transfomiert). Die internen Konsistenzen der Bewältigungsstile im schulischen Bereich lagen in der Mehrzahl etwas höher als in der sozialen Konflikt situation. Das Cronbachs Alpha der situationsspezifischen Subtests stellte sich als ebenfalls zufriedenstellend dar.

Eine zeitliche Stabilität (Retest Reliabilität) war nach sechs Wochen situationsübergreifend für die Subtests „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Aggression“, „Problemlösende Bewältigung“ und „Negative Stressverarbeitung“ mit >.69 gegeben und ist somit ebenfalls zufriedenstellend.

Untersuchungen zur Vorhersagevalidität und Änderungssensitivität sprechen für eine gute und kriterienbezogene Validität.
Korrelationsanalysen zeigen, dass sich die neun Subtests hinreichend voneinander abgrenzen lassen. Die Interkorrelation der Subtests zeigt eine diskriminante Validität (Hampel et al., 2002).

Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ ist schnell und einfach durchzuführen und liegt als reliables und valides Messinstrument zur Diagnostik von Stressverarbeitungsdispositionen im Kindes- und Jugendalter vor (Hampel et al., 2002).

Der gesamte Fragebogen SVF-KJ war für die Aufnahme in die vorliegende Studie zu umfangreich, da für die Erstellung des genannten Screeninginstruments ein umfassender Itempool verschiedenster Schutz- und Belastungsfaktoren entstehen sollte. Das geplante Screeninginstrument soll keine homogene Skala bilden, sondern verschiedenste Merkmale des Kindes und seiner Umgebung erfassen, die mit Resilienz assoziert sind. Somit wurde aus den 4 Items eines Subtests jeweils dasjenige herausgegriffen bzw. entsprechend der Bezeichnung der Strategie formuliert, welches die Stressverarbeitungsstrategie möglichst gut repräsentierte.

In den für die Studie durchgeführten Patienteninterviews wurde jede Bewältigungsstrategie nur durch ein Einzelitem abgebildet und ist dadurch unreliabel. Die verwendeten Items sind in folgender Tabelle (Tabelle 7) dargestellt.

Tabelle 7: Items zur Erfassung der Stressverarbeitungsstrategien durch Elternurteil

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item: Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann...</th>
<th>Zu erfassende Stressverarbeitungsstrategie</th>
<th>Wirkung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1) ... lenkt es sich ab</td>
<td>Ablenkung/ Erholung</td>
<td>Stressreduzierend</td>
</tr>
<tr>
<td>2) ... möchte es sich am liebsten vor dem Problem drücken</td>
<td>Passive Vermeidung</td>
<td>Stressvermehrend</td>
</tr>
<tr>
<td>3) ... macht dieses Kind einen Plan, wie es das Problem lösen kann</td>
<td>Situationskontrolle</td>
<td>Stressreduzierend</td>
</tr>
<tr>
<td>4) ... sagt es, dass das nicht so schlimm ist</td>
<td>Bagatellisierung</td>
<td>Stressreduzierend</td>
</tr>
<tr>
<td>5) ... gibt dieses Kind auf</td>
<td>Resignation</td>
<td>Stressvermehrend</td>
</tr>
<tr>
<td>6) ... sagt es sich, dass es das Problem irgendwie lösen kann</td>
<td>Positive Selbstinstruktion</td>
<td>Stressreduzierend</td>
</tr>
<tr>
<td>7) ... wird dieses Kind wütend</td>
<td>Aggression</td>
<td>Stressvermehrend</td>
</tr>
<tr>
<td>8) ... beschäftigt es sich die ganze Zeit nur mit Sorgen und Gedanken über dieses Problem</td>
<td>Gedankliche Weiterbeschäftigung</td>
<td>Stressvermehrend</td>
</tr>
<tr>
<td>9) ... fragt es jemanden um Hilfe</td>
<td>Soziales Unterstützungsbedürfnis</td>
<td>Stressreduzierend</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Instruktion an das beurteilende Elternteil lautete: „Jetzt geht es darum, wie dieses Kind mit Situationen, die es unter Druck setzen, umgeht. Bitte geben Sie an, wie zutreffend folgende Aussagen für dieses Kind sind!“ Dann wurde die erste Frage „Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann... lenkt es sich ab“ und die möglichen Antwortoptionen (auf keinen Fall, eher nein, vielleicht, eher ja, auf jeden Fall, weiß ich nicht) vorgelesen. Die Antwortoptionen und der jeweils gleiche Satzbeginn (Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann...) wurden nur bei Bedarf mehrfach vorgelesen.

Die Antwortoptionen wurden von 0 = „auf keinen Fall“ bis 4 = „auf jeden Fall“ codiert. Die Antwort „weiß nicht“ wurde in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt.


Beispielfrage mit Antwortoptionen:

Wenn dieses Kind unter Druck gerät und ganz aufgeregt ist, dann…

1. ...lenkt es sich ab

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auf keinen Fall</th>
<th>Eher nein</th>
<th>Vielleicht</th>
<th>Eher ja</th>
<th>Auf jeden Fall</th>
<th>Weiß ich nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□(0)</td>
<td>□(1)</td>
<td>□(2)</td>
<td>□(3)</td>
<td>□(4)</td>
<td>□(88)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.3.4 Abhängige Variable Lebensqualität gemessen mit KINDL®

Der Fragebogen beinhaltet 24 Fragen und kann sowohl als Selbstbeurteilung (vom Kind selbst) als auch als Fremdbericht (von einem Elternteil) ausgefüllt werden. Der KINDL\textsuperscript{R}-Fragebogen liegt für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen vor: 4-7 Jahre, 8-11 Jahre, 12-16 Jahre sowie für eine Fremdbeurteilung durch die Eltern für kleine Kinder (4-7 Jahre) und für Kinder und Jugendliche (8-16 Jahre).

Das zusätzlich existierende „Erkrankungs-Modul“ des Fragebogens kann bei längerer Krankheit des Kindes ausgefüllt werden und bezieht sich auf die Lebensqualität in Bezug auf die Krankheit. Diese krankheitsspezifischen Module bestehen für die Erkrankungen Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Krebserkrankungen, Diabetes, Spina-Bifida und Epilepsie.


Das Instrument KINDL\textsuperscript{R} wurde in verschiedenen Studien an über 5.000 gesunden und kranken Kindern sowie deren Eltern im Verlauf von bis zu 3 Jahren eingesetzt und geprüft.

So liegen Referenzwerte aus einer großen Stichprobe von Schulkindern sowie aus einer Stichprobe chronisch kranker Kinder vor.

Bei der Mehrzahl der Stichproben ergab sich eine hohe Reliabilität (Cronbach’s $\alpha \geq .70$) und befriedigende konvergente Validitäten. Der kurze, methodisch einfache und flexible Fragebogen hat eine hohe Akzeptanz bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

In der vorliegenden Studie wurden die von ihrem psychisch kranken Elternteil ausgewählten und in Fremdbeurteilung bewerteten Kinder in zwei Alters-/Entwicklungsgruppen eingeteilt: Kinder im Alter von 3 bis 6 oder 7 Jahren, die noch nicht in die Schule gehen, und Kinder bzw. Jugendliche vom Schuleintritt bis zum Alter von 18 Jahren.

Bei jüngeren Kindern wurden die Probanden mit der Elternversion für den Altersbereich 4 bis 7 Jahre „Kiddy-KINDL\textsuperscript{R} für Eltern“ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) befragt. Für die Beurteilung von Schulkindern wurde die zur Fremdbeurteilung älterer Kinder vorgesehene Fragebogenversion „Kid & Kiddo-KINDL\textsuperscript{R} für Eltern“ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) herangezogen.

Eine Subskala zur Beurteilung von Kindern zwischen 4 und 7 Jahren, welche als Interview vergeben wird, wurde jeweils an den KINDL-Fragebogen angeschlossen, da die enthaltenen Items für den
Studienzweck sehr passend erschienen. Bei der Fragebogenversion für ältere Kinder wurden die Items, die sich auf die Schule beziehen, auf den Arbeitsplatz erweitert. Beispiel: „….hat mein Kind die Aufgaben in der Schule/ an der Arbeitsstelle gut geschafft“.

Vor der Auswertung werden die Rohwerte der Skalen in Werte von 0-100 transformiert, wobei die Null die niedrigste und 100 die höchste Lebensqualität angibt.

Beispiel einer Frage über das körperliche Wohlbefinden des Kindes:

In der letzten Woche…

1. …hat sich mein Kind krank gefühlt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nie</th>
<th>Selten</th>
<th>Manchmal</th>
<th>Oft</th>
<th>Immer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□(0)</td>
<td>□(1)</td>
<td>□(2)</td>
<td>□(3)</td>
<td>□(4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv und explorativ mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 13.0.

Die Qualität der Anpassung, die über die Skalen des KINDL® operationalisiert wurde (siehe 3.3.4), wurde als intervallskaliiert aufgefasst. Die Skalenwerte können auf eine Skala von 0-100 transformiert werden. Um den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und subjektiven Einflussfaktoren und der Lebensqualität der Kinder zu prüfen, wurden diese auf 100 transformierten Skalenwerte benutzt.

Wurden die Probanden zum Vergleich in zwei Gruppen eingeteilt, wurde der Zusammenhang der Faktoren mit der Lebensqualität mittels T-Test für unabhängige Stichproben getestet.

Eine Korrelationsanalyse nach Spearman wurde durchgeführt, wenn es sich bei dem zu prüfenden Einflussfaktor um kategoriale (nichtparametrische) Daten handelte.

Als Signifikanzgrenze wurde ein alpha von $p = .05$ festgelegt. Diese hat natürlich nur deskriptiven Charakter, weil auf eine Alphakorrektur aufgrund des multiplen Testens verzichtet wurde.

Um die Hypothesen zum Zusammenhang zu testen, wurden lineare Regressionen durchgeführt. Das Ausmaß der Anwendung bestimmter Stressverarbeitungsstrategien (siehe 3.3.3) wurde als intervallskaliert aufgefasst. Die Voraussagekraft der einzelnen Stressverarbeitungsstrategien wurde als Prädiktor der einzelnen Skalen des KINDL® (jeweils einzeln als Kriterium) geprüft. Es wurde auf die Anwendung multipler Regressionen verzichtet, da hier zunächst die einzelnen bivariaten Zusammenhänge interessierten.

In den Tabellen werden nur die standardisierten Regressionskoeffizienten und ihre Signifikanz wiedergegeben.
4. ERGEBNISSE

4.1 DESKRIPTIVE ANGABEN ZU SOZIALEN UND DEMOGRAPHISCHEN MERKMALEN DER STICHPROBE

4.1.1 DEMOGRAPHIE DES BESCHRIEBENEN KINDES

Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Interviewteilnehmer

40 der Kinder (57,1%) wurden von ihren Müttern beschrieben, in 30 Fällen (42,9%) berichtete der Vater über sein Kind, davon in 2 Fällen (2,9%) der Stief-/ Adoptivvater.

Geschlecht und Alter des Kindes

Bei 37 (52,9%) der Kinder handelte es sich um Mädchen, 33 (47,1%) der beschriebenen Kinder waren Jungen.

Das jüngste Kind der Stichprobe war 2,9 und das älteste 18,6 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 11,03 Jahre (SD = 4,81), wobei der Altersunterschied zwischen Mädchen und Jungen nicht signifikant war (t = -.305; df = 68; p = .761).

Drei der in die Stichprobe aufgenommenen Kinder waren vor Kurzem volljährig geworden.
Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils

Folgende Angaben wurden zum Alter des beschriebenen Kindes bei Ersterkrankung des Probanden gemacht (Tabelle 9).

Tabelle 9: Alter der Kinder bei Ersterkrankung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter des Kindes bei Erkrankung</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erkrankung bis zum 2. Lebensjahr</td>
<td>26</td>
<td>37,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkrankung nach dem 2. und vor dem 6. Lebensjahr</td>
<td>17</td>
<td>24,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkrankung nach dem 6. und vor dem 12. Lebensjahr</td>
<td>15</td>
<td>21,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkrankung nach dem 12. Lebensjahr</td>
<td>12</td>
<td>17,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der größte Anteil der beschriebenen Kinder war bei Ersterkrankung ihres Elternteils jünger als 2 Jahre. Ungefähr gleich viele Kinder waren zwischen 2 und 6 Jahre bzw. zwischen 6 und 12 Jahre alt. Ein kleinerer Anteil war älter als 12 Jahre nach Ausbrechen der elterlichen Erkrankung. Um rechnerisch vertretbare Fallzahlen zu erhalten, wurden die Kinder nach ihrem Alter bei Erkrankungsbeginn in zwei Gruppen eingeteilt: 43 Kinder (61,5%) waren unter 6 Jahren, 27 der Kinder (38,5%) waren über 6 Jahre.

Religionszugehörigkeit des Kindes

Die Eltern machten folgende Angaben über die Religionszugehörigkeit ihrer Kinder (Tabelle 10).

Tabelle 10: Religionszugehörigkeit der Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Religionszugehörigkeit der Kinder</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Evangelisch</td>
<td>39</td>
<td>55,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Römisch-katholisch</td>
<td>12</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Muslimisch</td>
<td>6</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere</td>
<td>4</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>9</td>
<td>12,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Migrantengeneration des Kindes*

Zum Migrantenstatus des Kindes wurden folgende Angaben gemacht (Tabelle 11).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Migrantengeneration der Kinder</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kein Migrationshintergrund</td>
<td>52</td>
<td>74,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Generation (selbst migriert)</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Generation (Eltern sind migriert)</td>
<td>17</td>
<td>24,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder hatte keinen Migrationshintergrund. Nur ein Kind ist selbst migriert, bei einigen Kindern berichteten die Eltern, dass sie ausgewandert waren.

*Behandlungsbedürftige Erkrankung des Kindes im letzten Jahr*

Von den Probanden gaben 18 (25,7%) an, dass das beschriebene Kind in den letzten 12 Monaten behandlungsbedürftig erkrankt gewesen sei. Elf dieser Kinder (15,7%) waren rein körperlich erkrankt. Bei drei Kindern (4,3%) lag eine psychische Erkrankung vor, die eine Behandlung erforderlich gemacht hatte. In vier Fällen (5,7%) trat sowohl eine körperliche als auch eine psychische Erkrankung auf. Im Mittel gab es bei den Kindern 1,85 Erkrankungen (SD = 0,88; Min. = 1, Max. = 4) im Jahr vor der Befragung.
4.1.2 Demographie und klinische Daten der erkrankten Eltern

*Familienstand der Probanden*

Der Familienstand der Interviewteilnehmer ist in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Familienstand der Probanden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familienstand</th>
<th>Anzahl der Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ledig</td>
<td>4</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Verheiratet</td>
<td>49</td>
<td>70,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Getrennt lebend</td>
<td>7</td>
<td>10,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschieden</td>
<td>9</td>
<td>12,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit Partner unverheiratet</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der größte Teil der interviewten Eltern lebte in einer Ehe. Die anderen Interviewten teilten sich ungefähr gleichmäßig auf die Gruppen ledig, getrennt lebend und geschieden auf. Nur eine Person gab an, unverheiratet mit einem Partner zusammen zu leben. Für valide Rechnungen wurden die Probanden in die zwei Gruppen zusammen- oder getrenntlebend eingeteilt.

*Schul- und Berufsabschluss und aktuelle berufliche Situation der Probanden*

Nachfolgende Angaben machten die Befragten zu ihrem Schul- und Berufsabschluss sowie zu ihrer aktuellen beruflichen Situation (Tabelle 13).
Tabelle 13: Schul-/ Berufsabschluss und aktuelle berufliche Situation der Patienten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulabschluss</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kein Schulabschluss</td>
<td>5</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptschulabschluss</td>
<td>24</td>
<td>34,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Realschulabschluss</td>
<td>23</td>
<td>32,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachabitur/Abitur/Hochschulreife</td>
<td>17</td>
<td>24,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berufsabschluss</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Berufsausbildung</td>
<td>16</td>
<td>22,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lehre/Ausbildung</td>
<td>45</td>
<td>64,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Studium (FH/Uni)</td>
<td>9</td>
<td>12,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktuelle berufliche Situation</th>
<th>Anzahl Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vollzeit berufstätig</td>
<td>20</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilzeit berufstätig</td>
<td>10</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslos</td>
<td>14</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Harzt IV/Sozialhilfe</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rentner/Pensionär</td>
<td>6</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausfrau/Hausmann</td>
<td>12</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Auszubildender/Lehrling</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>6</td>
<td>8,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die größte Gruppe der Probanden gab an, einen Hauptschul- (24 Personen) oder Realschulabschluss (23 Personen), 17 Personen gaben an, ein Fachabitur/Abitur oder die Hochschulreife zu haben. Fünf der Probanden besaßen keinen Schulabschluss.

Weit mehr als die Hälfte der Befragten hatten eine abgeschlossene Ausbildung, neun Probanden ein abgeschlossenes Studium. Insgesamt hatten von den 70 Probanden 53 eine abgeschlossene Berufsausbildung, knapp ein Viertel (16 Personen) hatte keine Berufsausbildung beendet.

30 der 70 befragten Personen waren zur Zeit des Interviews Voll- oder Teilzeit berufstätig. Einige der Probanden waren zur Zeit der Datenerhebung arbeitslos oder gaben an, Hausfrau/–mann zu sein. Die sechs unter „Sonstiges“ registrierten Personen hatten einen Minijob, waren in Elternzeit (Erziehungssurlaub), Selbständigkeit oder berufsunfähig. Insgesamt wurden 43 der befragten Probanden der Gruppe als beruflich beschäftigt zugeordnet, 26 Personen der Gruppe als nicht beruflich beschäftigt.
**Erkrankungsdauer und Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen**

14 Probanden (20,0%) berichteten, dass das Jahr des Interviews zugleich das Jahr der Ersterkrankung sei. 56 Teilnehmer (80,0%) waren bereits seit längerer Zeit erkrankt. Im Durchschnitt betrug die Zeitspanne zwischen dem Erstauftreten der Erkrankung und dem Zeitpunkt der Datenerhebung 8,2 Jahre (SD = 8,99; Min. = 0, Max. = 30 Jahre).

38 Probanden (54,3%) waren vor dem aktuellen Klinikaufenthalt noch nicht in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Anzahl der Voraufenthalte betrug im Durchschnitt 2,24 (SD = 4,50; Min. = 0, Max. = 27 stationäre psychiatrische Behandlungen).

4.1.3 **Demographie der Familien**

**Familien – und Haushaltszusammensetzung**

Die Teilnehmer der Studie hatten im Mittel 2,36 Kinder (SD = 1,00; Minimum = 1; Maximum = 5) jeden Alters. Im Haushalt des Befragten lebten durchschnittlich 1,73 minderjährige Kinder (SD = 0,9; Minimum = 0; Maximum = 4).

Im Durchschnitt lebten 1,07 weitere Erwachsene (SD = 0,86; Minimum = 0; Maximum = 4; Modalwert = 1) im Haushalt des Probanden. 13 Teilnehmer (18,6%) lebten allein – ohne einen weiteren Erwachsenen - mit ihren Kindern zusammen.

**Haushaltseinkommen der Familie**

Die Teilnehmer machten zu dem ihnen monatlich zur Verfügung stehenden Netto-Haushaltseinkommen (Lohn, Rente, u.a.) folgende, in Tabelle 14 aufgezeigte Angaben.
Tabelle 14: Netto-Haushaltseinkommen der Probanden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Netto-Haushaltseinkommen</th>
<th>Anzahl der Personen</th>
<th>Prozent der Stichprobe (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 500€</td>
<td>3</td>
<td>4,3</td>
</tr>
<tr>
<td>500 – 1000€</td>
<td>11</td>
<td>15,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1000 – 1500€</td>
<td>12</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1500 – 2000€</td>
<td>14</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2000 – 2500€</td>
<td>12</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 2500€</td>
<td>15</td>
<td>21,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


4.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN OBJEKTIVEN SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit sind Ergebnisse und Hypothesen (siehe 2.4) in Blöcken dargestellt. Die jeweiligen Ergebnisse sind bei gleicher statistischer Auswertung in einer Tabelle zusammengefasst.

4.2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER KINDER UND IHREMER LEBENSQUALITÄT

_Alter der Kinder (Hypothese 1) und Religiosität des Kindes (Hypothese 4b)_

Tabelle 15 stellt den Zusammenhang zwischen dem Alter und der Religionszugehörigkeit der beschriebenen Kinder mit ihrer Lebensqualität dar.
Tabelle 15: Zusammenhang der gemessenen Lebensqualität mit dem Alter und der Religionszugehörigkeit der Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.035</td>
<td>1/67</td>
<td>-.428</td>
<td>.273</td>
<td>-.188</td>
<td>-1,567</td>
<td>.122</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.063</td>
<td>1/67</td>
<td>-.861</td>
<td>.406</td>
<td>-.251</td>
<td>-2,123</td>
<td>.037</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.013</td>
<td>1/67</td>
<td>-.429</td>
<td>.454</td>
<td>-.115</td>
<td>-1,945</td>
<td>.348</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstdwert</td>
<td>.022</td>
<td>1/67</td>
<td>-.452</td>
<td>.365</td>
<td>-.150</td>
<td>-1,240</td>
<td>.219</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.018</td>
<td>1/66</td>
<td>-.430</td>
<td>.393</td>
<td>-.133</td>
<td>-1,093</td>
<td>.278</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.002</td>
<td>1/65</td>
<td>.103</td>
<td>.296</td>
<td>.043</td>
<td>.349</td>
<td>.728</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.040</td>
<td>1/61</td>
<td>-.579</td>
<td>.361</td>
<td>-.201</td>
<td>-1,604</td>
<td>.114</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>T</th>
<th>Signifikanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.018</td>
<td>1/58</td>
<td>1,241</td>
<td>1,210</td>
<td>.133</td>
<td>1,026</td>
<td>.309</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.000</td>
<td>1/58</td>
<td>-.035</td>
<td>1,839</td>
<td>-.022</td>
<td>-.019</td>
<td>.985</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.039</td>
<td>1/58</td>
<td>3,024</td>
<td>1,965</td>
<td>.198</td>
<td>1,539</td>
<td>.129</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstdwert</td>
<td>.006</td>
<td>1/58</td>
<td>.972</td>
<td>1,614</td>
<td>.079</td>
<td>.602</td>
<td>.549</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.016</td>
<td>1/58</td>
<td>1,690</td>
<td>1,714</td>
<td>.128</td>
<td>.986</td>
<td>.328</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.021</td>
<td>1/57</td>
<td>1,400</td>
<td>1,279</td>
<td>.143</td>
<td>1,095</td>
<td>.278</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.000</td>
<td>1/54</td>
<td>.164</td>
<td>1,599</td>
<td>.014</td>
<td>.103</td>
<td>.918</td>
</tr>
</tbody>
</table>

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade
B= Unstandardisierter Regressionskoefizient; Beta= Standardisierter Regressionswert
T = T-Wert; Signifikanz = p-Wert

Das Alter des Kindes ist ein signifikanter Prädiktor für die Lebensqualitätsskala Körperliches Wohlbefinden. Das körperliche Wohlbefinden der Kinder verringert sich mit zunehmendem Alter. Die anderen KINDL⁸-Skalen können nicht vom Alter des Kindes vorausgesagt werden.

Die Religiosität stellt keinen signifikanten Prädiktor für die von einem psychisch erkrankten Elternteil beurteilte KINDL⁸-Lebensqualität dar. Somit wird Hypothese 4b zurückgewiesen.
Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils (Hypothese 2), Geschlecht des Kindes (Hypothese 3), Religionszugehörigkeit (Hypothese 4a), Migrationshintergrund (Hypothese 5) und behandlungsbedürftige Erkrankung des Kindes im letzten Jahr (Hypothese 6)

Der Zusammenhang des Alters des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils, des Geschlechts der Kinder, ihrer Religionszugehörigkeit, ihres Migrationshintergrundes und der Tatsache einer eigenen behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr mit der Lebensqualität der Kinder ist in der folgenden Tabelle (Tabelle 16) dargestellt.

Tabelle 16: Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren der Kinder und ihrer Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Zeitpunkt der Ersterkrankung</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>42</td>
<td>75,69</td>
<td>73,73</td>
<td>.722</td>
<td>1/67</td>
<td>.473</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>27</td>
<td>11,34</td>
<td>73,73</td>
<td>10,40</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>42</td>
<td>80,06</td>
<td>77,31</td>
<td>.672</td>
<td>1/67</td>
<td>.504</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>27</td>
<td>18,12</td>
<td>77,31</td>
<td>13,77</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>42</td>
<td>75,45</td>
<td>77,24</td>
<td>-.401</td>
<td>1/67</td>
<td>.689</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>27</td>
<td>19,00</td>
<td>77,24</td>
<td>16,57</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>42</td>
<td>68,70</td>
<td>68,75</td>
<td>-.014</td>
<td>1/67</td>
<td>.989</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>27</td>
<td>15,37</td>
<td>68,75</td>
<td>13,36</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>42</td>
<td>81,40</td>
<td>74,28</td>
<td>1,874</td>
<td>1/66</td>
<td>.065</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>26</td>
<td>14,31</td>
<td>74,28</td>
<td>16,61</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>41</td>
<td>76,73</td>
<td>75,48</td>
<td>.430</td>
<td>1/65</td>
<td>.669</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>26</td>
<td>11,72</td>
<td>75,48</td>
<td>11,31</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>In ersten 6 LJ</td>
<td>37</td>
<td>71,45</td>
<td>68,59</td>
<td>.806</td>
<td>1/61</td>
<td>.423</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nach dem 6. LJ</td>
<td>26</td>
<td>13,46</td>
<td>68,59</td>
<td>14,46</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>Mädchen</td>
<td>36</td>
<td>73,09</td>
<td>76,93</td>
<td>-1,468</td>
<td>1/67</td>
<td>.147</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>33</td>
<td>11,95</td>
<td>76,93</td>
<td>9,52</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>Mädchen</td>
<td>36</td>
<td>77,43</td>
<td>80,68</td>
<td>-.816</td>
<td>1/67</td>
<td>.418</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>33</td>
<td>18,07</td>
<td>80,68</td>
<td>14,69</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>Mädchen</td>
<td>36</td>
<td>72,57</td>
<td>80,05</td>
<td>-1,753</td>
<td>1/67</td>
<td>.084</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>33</td>
<td>18,62</td>
<td>80,05</td>
<td>16,67</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>Mädchen</td>
<td>36</td>
<td>67,13</td>
<td>70,46</td>
<td>-.949</td>
<td>1/67</td>
<td>.346</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>33</td>
<td>15,34</td>
<td>70,46</td>
<td>13,60</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Geschlecht</td>
<td>N</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>SD</td>
<td>t</td>
<td>df*</td>
<td>Signifikanz</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>------------</td>
<td>----</td>
<td>------------</td>
<td>-----</td>
<td>------</td>
<td>-----</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>Mädchen</td>
<td>36</td>
<td>76,39</td>
<td>81,25</td>
<td>-1,297</td>
<td>1/66</td>
<td>.199</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>32</td>
<td>74,46</td>
<td>78,19</td>
<td>-1,333</td>
<td>1/65</td>
<td>.187</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>Mädchen</td>
<td>35</td>
<td>70,47</td>
<td>70,04</td>
<td>.120</td>
<td>1/61</td>
<td>.905</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>32</td>
<td>74,46</td>
<td>78,19</td>
<td>-1,333</td>
<td>1/65</td>
<td>.187</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>Mädchen</td>
<td>34</td>
<td>70,47</td>
<td>70,04</td>
<td>.120</td>
<td>1/61</td>
<td>.905</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junge</td>
<td>29</td>
<td>74,46</td>
<td>78,19</td>
<td>-1,333</td>
<td>1/65</td>
<td>.187</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Religions-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zugehörigkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>nein</td>
<td>9</td>
<td>72,52</td>
<td>75,29</td>
<td>- ,703</td>
<td>1/67</td>
<td>.485</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>60</td>
<td>81,25</td>
<td>78,65</td>
<td>.439</td>
<td>1/67</td>
<td>.662</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches</td>
<td>nein</td>
<td>9</td>
<td>68,75</td>
<td>77,27</td>
<td>-1,331</td>
<td>1/67</td>
<td>.188</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohlbefinden</td>
<td>ja</td>
<td>60</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches</td>
<td>nein</td>
<td>9</td>
<td>68,75</td>
<td>77,27</td>
<td>-1,331</td>
<td>1/67</td>
<td>.188</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohlbefinden</td>
<td>ja</td>
<td>60</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>nein</td>
<td>9</td>
<td>67,36</td>
<td>69,92</td>
<td>-.299</td>
<td>1/67</td>
<td>.766</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>60</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>nein</td>
<td>95</td>
<td>68,75</td>
<td>80,19</td>
<td>-.2,114</td>
<td>1/66</td>
<td>.038</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>9</td>
<td>81,25</td>
<td>84,08</td>
<td>.977</td>
<td>1/66</td>
<td>.379</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>nein</td>
<td>9</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>-.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>58</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>-.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>nein</td>
<td>8</td>
<td>75,78</td>
<td>69,47</td>
<td>1,210</td>
<td>1/61</td>
<td>.231</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>55</td>
<td>74,31</td>
<td>76,55</td>
<td>-.541</td>
<td>1/67</td>
<td>.590</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Migrations-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>züchtungshintergrund</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>nein</td>
<td>52</td>
<td>74,31</td>
<td>76,81</td>
<td>-.816</td>
<td>1/67</td>
<td>.471</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>17</td>
<td>74,31</td>
<td>76,81</td>
<td>-.816</td>
<td>1/67</td>
<td>.471</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches</td>
<td>nein</td>
<td>52</td>
<td>78,37</td>
<td>80,88</td>
<td>-.543</td>
<td>1/67</td>
<td>.589</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohlbefinden</td>
<td>ja</td>
<td>17</td>
<td>73,76</td>
<td>83,46</td>
<td>-1,971</td>
<td>1/67</td>
<td>.053</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches</td>
<td>nein</td>
<td>52</td>
<td>69,31</td>
<td>66,91</td>
<td>-.589</td>
<td>1/67</td>
<td>.558</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohlbefinden</td>
<td>ja</td>
<td>17</td>
<td>77,70</td>
<td>81,62</td>
<td>-.902</td>
<td>1/66</td>
<td>.370</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>nein</td>
<td>52</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>16</td>
<td>75,98</td>
<td>77,08</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>nein</td>
<td>51</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>14</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>nein</td>
<td>51</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>16</td>
<td>75,98</td>
<td>77,08</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>nein</td>
<td>49</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>14</td>
<td>70,58</td>
<td>69,20</td>
<td>-.333</td>
<td>1/65</td>
<td>.740</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Erkrankung im letzten Jahr</td>
<td>N</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>SD</td>
<td>t</td>
<td>df*</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>----------------------------</td>
<td>----</td>
<td>------------</td>
<td>--------</td>
<td>------</td>
<td>-----</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>nein ja</td>
<td>36</td>
<td>75,38</td>
<td>11,51</td>
<td>1,309</td>
<td>1/52</td>
<td>.196</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>71,21</td>
<td>9,98</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>nein ja</td>
<td>36</td>
<td>80,73</td>
<td>16,46</td>
<td>1,122</td>
<td>1/52</td>
<td>.267</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>75,35</td>
<td>16,94</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>nein ja</td>
<td>36</td>
<td>74,83</td>
<td>19,45</td>
<td>.289</td>
<td>1/52</td>
<td>.774</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>73,26</td>
<td>17,12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>nein ja</td>
<td>36</td>
<td>69,79</td>
<td>15,85</td>
<td>1,307</td>
<td>1/52</td>
<td>.197</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>64,24</td>
<td>12,09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>nein ja</td>
<td>36</td>
<td>80,04</td>
<td>16,29</td>
<td>1,333</td>
<td>1/52</td>
<td>.188</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>73,96</td>
<td>14,74</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>nein ja</td>
<td>34</td>
<td>77,27</td>
<td>10,90</td>
<td>1,648</td>
<td>1/50</td>
<td>.106</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>18</td>
<td>71,53</td>
<td>13,76</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>nein ja</td>
<td>32</td>
<td>69,92</td>
<td>15,10</td>
<td>.710</td>
<td>1/46</td>
<td>.481</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>16</td>
<td>66,93</td>
<td>10,51</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t=T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

4.2.2 Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten der erkrankten Eltern und der Lebensqualität der Kinder

Geschlecht (Hypothese 7), Familienstand (Hypothese 8), Berufsabschluss (Hypothese 9b) und derzeitige berufliche Situation des erkrankten Elternteils (Hypothese 9c)


Tabelle 17: Zusammenhang soziodemographischer Daten des erkrankten Elternteils mit der Lebensqualität der Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>40</td>
<td>72,52</td>
<td>11,18</td>
<td>-2,205</td>
<td>1/67</td>
<td>.031</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>40</td>
<td>75,16</td>
<td>17,65</td>
<td>-2,337</td>
<td>1/67</td>
<td>.022</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>40</td>
<td>71,67</td>
<td>18,39</td>
<td>-2,525</td>
<td>1/67</td>
<td>.014</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>40</td>
<td>67,50</td>
<td>15,42</td>
<td>-0,818</td>
<td>1/67</td>
<td>.416</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>39</td>
<td>76,28</td>
<td>15,52</td>
<td>-1,490</td>
<td>1/66</td>
<td>.141</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>39</td>
<td>74,89</td>
<td>12,32</td>
<td>-1,138</td>
<td>1/65</td>
<td>.259</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>weiblich männlich</td>
<td>37</td>
<td>69,48</td>
<td>14,06</td>
<td>-0,357</td>
<td>1/61</td>
<td>.593</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Familienstand</td>
<td>N</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>SD</td>
<td>t</td>
<td>df*</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>allein lebend zusammen lebend</td>
<td>20</td>
<td>73,42</td>
<td>12,53</td>
<td>-0,725</td>
<td>1/67</td>
<td>.471</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>allein lebend zusammen lebend</td>
<td>20</td>
<td>76,25</td>
<td>19,09</td>
<td>-0,878</td>
<td>1/67</td>
<td>.383</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>allein lebend zusammen lebend</td>
<td>20</td>
<td>71,56</td>
<td>17,85</td>
<td>-1,362</td>
<td>1/67</td>
<td>.178</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Familienstand</td>
<td>N</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>SD</td>
<td>t</td>
<td>df*</td>
<td>Signifikanz</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>---------------</td>
<td>-----</td>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-----</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>allein lebend</td>
<td>20</td>
<td>66,56</td>
<td>15,61</td>
<td>-0,786</td>
<td>1/67</td>
<td>.434</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zusammen lebend</td>
<td>49</td>
<td>69,60</td>
<td>14,12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>allein lebend</td>
<td>20</td>
<td>74,38</td>
<td>16,08</td>
<td>-1,490</td>
<td>1/66</td>
<td>.141</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zusammen lebend</td>
<td>48</td>
<td>80,47</td>
<td>15,07</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>allein lebend</td>
<td>20</td>
<td>79,06</td>
<td>15,35</td>
<td>1,317</td>
<td>1/65</td>
<td>.192</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zusammen lebend</td>
<td>47</td>
<td>75,04</td>
<td>9,34</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>allein lebend</td>
<td>20</td>
<td>72,60</td>
<td>14,28</td>
<td>.911</td>
<td>1/61</td>
<td>.366</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zusammen lebend</td>
<td>43</td>
<td>69,19</td>
<td>13,67</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Berufsausbildung</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>nein</td>
<td>16</td>
<td>72,12</td>
<td>13,10</td>
<td>-1,179</td>
<td>1/67</td>
<td>.243</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>53</td>
<td>75,78</td>
<td>10,20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körp. Wohlbefind</td>
<td>nein</td>
<td>16</td>
<td>78,13</td>
<td>19,50</td>
<td>-0,236</td>
<td>1/67</td>
<td>.814</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>53</td>
<td>79,25</td>
<td>15,69</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psych. Wohlbefind</td>
<td>nein</td>
<td>16</td>
<td>74,22</td>
<td>21,64</td>
<td>-0,487</td>
<td>1/67</td>
<td>.628</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>53</td>
<td>76,73</td>
<td>16,82</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>nein</td>
<td>16</td>
<td>63,67</td>
<td>15,00</td>
<td>-1,605</td>
<td>1/67</td>
<td>.113</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>53</td>
<td>70,24</td>
<td>14,16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>nein</td>
<td>16</td>
<td>73,83</td>
<td>18,99</td>
<td>-1,442</td>
<td>1/66</td>
<td>.154</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>52</td>
<td>80,17</td>
<td>14,15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>nein</td>
<td>14</td>
<td>72,77</td>
<td>14,21</td>
<td>-1,279</td>
<td>1/65</td>
<td>.206</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>53</td>
<td>77,16</td>
<td>10,63</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>nein</td>
<td>13</td>
<td>70,19</td>
<td>11,17</td>
<td>-0,023</td>
<td>1/61</td>
<td>.982</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>50</td>
<td>70,29</td>
<td>14,55</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Beruflich beschäftigt</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>ja</td>
<td>43</td>
<td>76,30</td>
<td>11,29</td>
<td>1,353</td>
<td>1/67</td>
<td>.180</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>72,64</td>
<td>10,17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körp. Wohlbefind</td>
<td>ja</td>
<td>43</td>
<td>79,51</td>
<td>14,96</td>
<td>.335</td>
<td>1/67</td>
<td>.739</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>78,13</td>
<td>19,06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psych. Wohlbefind</td>
<td>ja</td>
<td>43</td>
<td>79,02</td>
<td>16,93</td>
<td>1,732</td>
<td>1/67</td>
<td>.088</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>71,39</td>
<td>18,97</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>ja</td>
<td>43</td>
<td>70,88</td>
<td>14,01</td>
<td>1,609</td>
<td>1/67</td>
<td>.112</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>65,14</td>
<td>14,91</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>ja</td>
<td>42</td>
<td>78,42</td>
<td>16,80</td>
<td>-0,170</td>
<td>1/66</td>
<td>.865</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>79,09</td>
<td>13,46</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>ja</td>
<td>41</td>
<td>77,79</td>
<td>11,03</td>
<td>1,397</td>
<td>1/65</td>
<td>.167</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>26</td>
<td>73,80</td>
<td>11,99</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>ja</td>
<td>39</td>
<td>71,85</td>
<td>14,13</td>
<td>1,156</td>
<td>1/61</td>
<td>.252</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
<td>24</td>
<td>67,71</td>
<td>13,25</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

**Höhe des Schulabschlusses des erkrankten Elternteils (Hypothese 9a)**

Der Zusammenhang zwischen der Höhe des Schulabschlusses des erkrankten Elternteils und der Lebensqualität des Kindes ist in folgender Tabelle (Tabelle18) dargestellt.

Tabelle 18: Zusammenhang des Schulabschlusses des Elternteils mit der Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Korrelationskoeffizient r von Lebensqualität und Höhe des Schulabschlusses</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>-.027</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>-.004</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>-.101</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>-.067</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.087</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>-.109</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>-.029</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe des Schulabschlusses der befragten Elternteile und der Lebensqualität der Kinder. Es zeigt sich jedoch ein tendenziell negativer Zusammenhang mit der Lebensqualität.
Überlastung in der Elternrolle (Hypothese 10)

Der Zusammenhang zwischen der von den Eltern empfundenen Überlastung in ihrer Rolle als Elternteil und der Lebensqualität ihrer Kinder ist in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 19) in Form einer Regressionsanalyse dargestellt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.085</td>
<td>1/67</td>
<td>-3,447</td>
<td>1,379</td>
<td>-.292</td>
<td>-2,499</td>
<td>.015</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.049</td>
<td>1/67</td>
<td>-3,943</td>
<td>2,119</td>
<td>-.222</td>
<td>-1,861</td>
<td>.067</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.058</td>
<td>1/67</td>
<td>-4,676</td>
<td>2,298</td>
<td>-2,41</td>
<td>-2,035</td>
<td>.046</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.009</td>
<td>1/67</td>
<td>-1,516</td>
<td>1,903</td>
<td>-.097</td>
<td>-7,97</td>
<td>.428</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.123</td>
<td>1/66</td>
<td>-5,863</td>
<td>1,927</td>
<td>-.351</td>
<td>-3,042</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.024</td>
<td>1/65</td>
<td>-1,901</td>
<td>1,518</td>
<td>-.153</td>
<td>-1,252</td>
<td>.215</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.033</td>
<td>1/61</td>
<td>-2,713</td>
<td>1,879</td>
<td>-.182</td>
<td>-1,444</td>
<td>.154</td>
</tr>
</tbody>
</table>

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)  
*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade  
B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert  
t= T-Wert; Signifikanz P = p-Wert

Das Überlastungsgefühl der Probanden in der Elternrolle steht in dieser Studie in signifikant negativem Zusammenhang mit mehreren Skalen der Lebensqualität: Je mehr sich ein Patient in seiner Elternrolle überlastet fühlt, desto geringer beschreibt er die Lebensqualität seines Kindes auf den Skalen KINDL<sup>R</sup>-Gesamtwert, Psychisches Wohlbefinden und Familie.
4.2.3 Der Zusammenhang zwischen klinischen Variablen der erkrankten Elternteile und der Lebensqualität der Kinder

Psychiatrische Diagnose (Hypothese 11) und Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte des Elternteils (Hypothese 12)

In der folgenden Tabelle (Tabelle 20) ist der Zusammenhang zwischen der Art der psychiatrischen Diagnose sowie der Anzahl vorheriger stationärer Krankenhausaufenthalte des Interviewten mit der Lebensqualität der Kinder dargestellt.

Die beiden größten Störungsgruppen der Stichprobe wurden hinsichtlich der Lebensqualität ihrer Kinder verglichen: Die psychiatrischen Diagnosen im Bereich Affektive Störungen (F30-39) wurden bezogen auf die Lebensqualität der Kinder - mit dem Störungsbereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-49) verglichen.

Tabelle 20: Zusammenhang klinischer Variablen mit der Lebensqualität der Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Diagnose</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>F30-39</td>
<td>27</td>
<td>73,46</td>
<td>80,60</td>
<td>-1,818</td>
<td>1/35</td>
<td>.078</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>10</td>
<td>11,81</td>
<td>5,99</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>F30-39</td>
<td>27</td>
<td>77,55</td>
<td>85,63</td>
<td>-1,451</td>
<td>1/35</td>
<td>.156</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>10</td>
<td>16,29</td>
<td>10,64</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>F30-39</td>
<td>27</td>
<td>73,38</td>
<td>83,13</td>
<td>-2,212</td>
<td>1/33</td>
<td><strong>.034</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>10</td>
<td>18,31</td>
<td>8,36</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstdwert</td>
<td>F30-39</td>
<td>27</td>
<td>67,52</td>
<td>74,38</td>
<td>-1,392</td>
<td>1/24</td>
<td>.177</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>10</td>
<td>17,13</td>
<td>11,58</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>F30-39</td>
<td>27</td>
<td>78,01</td>
<td>85,00</td>
<td>-1,293</td>
<td>1/35</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>10</td>
<td>14,85</td>
<td>13,88</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>F30-39</td>
<td>26</td>
<td>75,72</td>
<td>81,25</td>
<td>-1,524</td>
<td>1/20</td>
<td>.143</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>9</td>
<td>12,03</td>
<td>8,27</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>F30-39</td>
<td>25</td>
<td>67,58</td>
<td>77,34</td>
<td>-2,193</td>
<td>1/25</td>
<td><strong>.038</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>F40-49</td>
<td>8</td>
<td>16,97</td>
<td>8,14</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>Anzahl KH-</td>
<td>N</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>SD</td>
<td>t</td>
<td>df*</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aufenthalte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>0</td>
<td>38</td>
<td>76,15</td>
<td>75,74</td>
<td>.158</td>
<td>1/63</td>
<td>.875</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>27</td>
<td>10,83</td>
<td>9,27</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>0</td>
<td>38</td>
<td>81,91</td>
<td>79,17</td>
<td>.762</td>
<td>1/63</td>
<td>.449</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>27</td>
<td>13,30</td>
<td>15,60</td>
<td>!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität der beiden Erkrankungsgruppen ergaben sich in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule*.

Die folgende Abbildung (Abbildung 1) zeigt, dass die Patienten mit einer affektiven Störung die Lebensqualität ihrer Kinder bezüglich der Skalen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* signifikant geringer bewerten als Patienten mit einer Störung aus dem Bereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-49).

![Signifikante Unterschiede in Lebensqualität](image)

**Abb. 1 : Unterschiede in Lebensqualität der Kinder zwischen Patienten mit affektiven Störungen (F30-39) und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-49).**

4.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIÄREN UND IN DER UMWELT LIEGENDEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

**Haushaltseinkommen (Hypothese 13)**

In Tabelle 21 ist der Zusammenhang des Nettohaushaltseinkommens der betroffenen Familie mit der Lebensqualität der Kinder dargestellt.

Tabelle 21: Zusammenhang des Haushaltseinkommens und der Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Korrelationskoeffizient r von Lebensqualität und Nettohaushaltseinkommen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.226</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.157</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.165</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.117</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.089</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.119</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Es lässt sich kein signifikanter Zusammenhang des Haushaltseinkommens mit der Lebensqualität der Kinder nachweisen.

**Tabuisierung der Erkrankung innerhalb und außerhalb der Familie (Hypothese 14)**

Der Zusammenhang der Tabuisierung der Erkrankung und der Lebensqualität der Kinder ist in nachstehender Tabelle (Tabelle 22) dargestellt.
Tabelle 22: Zusammenhang zwischen der Tabuisierung der Erkrankung und der Lebensqualität der Kinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>$R^2$</th>
<th>$df^*$</th>
<th>$B$</th>
<th>Standardfehler von $B$</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.000</td>
<td>1/67</td>
<td>.187</td>
<td>1,292</td>
<td>.018</td>
<td>.145</td>
<td>.685</td>
</tr>
<tr>
<td>Körpliches Wohlbefinden</td>
<td>.009</td>
<td>1/67</td>
<td>1,488</td>
<td>1,939</td>
<td>.093</td>
<td>.767</td>
<td>.445</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.002</td>
<td>1/67</td>
<td>-.816</td>
<td>2,120</td>
<td>-.047</td>
<td>-.385</td>
<td>.702</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.000</td>
<td>1/67</td>
<td>.143</td>
<td>1,713</td>
<td>.010</td>
<td>.084</td>
<td>.934</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.001</td>
<td>1/66</td>
<td>-.522</td>
<td>1,843</td>
<td>-.035</td>
<td>-.283</td>
<td>.778</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.001</td>
<td>1/65</td>
<td>.276</td>
<td>1,376</td>
<td>.025</td>
<td>.201</td>
<td>.841</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.001</td>
<td>1/61</td>
<td>.389</td>
<td>1,711</td>
<td>.029</td>
<td>.227</td>
<td>.821</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>$R^2$</th>
<th>$df^*$</th>
<th>$B$</th>
<th>Standardfehler von $B$</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.005</td>
<td>1/67</td>
<td>1,362</td>
<td>2,293</td>
<td>.072</td>
<td>.594</td>
<td>.555</td>
</tr>
<tr>
<td>Körpliches Wohlbefinden</td>
<td>.001</td>
<td>1/67</td>
<td>-.554</td>
<td>2,109</td>
<td>-.032</td>
<td>-.263</td>
<td>.794</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.005</td>
<td>1/67</td>
<td>1,362</td>
<td>2,293</td>
<td>.072</td>
<td>.594</td>
<td>.555</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.017</td>
<td>1/67</td>
<td>-1,997</td>
<td>1,841</td>
<td>-.131</td>
<td>-1,085</td>
<td>.282</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.000</td>
<td>1/66</td>
<td>-.251</td>
<td>1,998</td>
<td>-.015</td>
<td>-.126</td>
<td>.900</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.006</td>
<td>1/65</td>
<td>-.950</td>
<td>1,487</td>
<td>-.079</td>
<td>-.639</td>
<td>.525</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.001</td>
<td>1/61</td>
<td>-.499</td>
<td>1,854</td>
<td>-.034</td>
<td>-.269</td>
<td>.789</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$R^2$ = Determinationskoeffizient = Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
$df$ von Regression / Residuen; $df$ = Freiheitsgrade
$B$ = Unstandardisierter Regressionskoeffizient; $Beta$ = Standardisierter Regressionswert
$t = T$-Wert; Signifikanz $P = p$-Wert

Die Tabuisierung der Erkrankung stellt in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Prädiktor der Lebensqualität der Kinder dar.
Anzahl der Geschwister (Hypothese 15)

Es wurde geprüft, ob die Anzahl der Geschwister des beschriebenen Kindes in Zusammenhang mit seiner Lebensqualität steht (vergl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Zusammenhang der Anzahl der Geschwistern und der Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Anzahl der Geschwister</th>
<th>N</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>SD</th>
<th>t</th>
<th>df*</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>46</td>
<td>76,14</td>
<td>10,35</td>
<td>1,313</td>
<td>1/67</td>
<td>.194</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>46</td>
<td>79,89</td>
<td>15,08</td>
<td>.642</td>
<td>1/67</td>
<td>.523</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>46</td>
<td>77,40</td>
<td>16,75</td>
<td>.817</td>
<td>1/67</td>
<td>.417</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>46</td>
<td>71,20</td>
<td>13,10</td>
<td>2,050</td>
<td>1/67</td>
<td>.044</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>45</td>
<td>79,17</td>
<td>14,54</td>
<td>.362</td>
<td>1/66</td>
<td>.718</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>46</td>
<td>77,31</td>
<td>11,29</td>
<td>1,126</td>
<td>1/65</td>
<td>.264</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>bis zu 2 ab 3 Geschwister</td>
<td>42</td>
<td>70,73</td>
<td>14,85</td>
<td>.373</td>
<td>1/61</td>
<td>.711</td>
</tr>
</tbody>
</table>

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

Die Anzahl an Geschwisterkindern korrelierte signifikant mit der Lebensqualitätsdimension

Selbstwert: Kinder mit bis zu zwei Geschwistern haben eine höhere Lebensqualität im Bereich Selbstwert als Kinder mit drei oder mehr Geschwistern.
4.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

4.3.1 GRAD DER DEPRESSIVITÄT (HYPOTHESE 16a)

Der Zusammenhang der Depressivität der Kinder mit ihrer Lebensqualität ist im Folgenden gezeigt (Tabelle 24).

Tabelle 24: Zusammenhang der Depressivität der Kinder mit ihrer Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>Korrelationskoeffizient r Lebensqualität und CBCL/4-18 Syndromskala 3 (Depressivität/Ängstlichkeit)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>-.610**</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>-.459**</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>-.659**</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>-.427**</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.416**</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>-.265*</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>-.365**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Der Grad der Depressivität der Kinder, gemessen mit der Syndromskala 3 der CBCL/4-18, korreliert signifikant negativ mit allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Depressivität der Kinder steht in einem hochsignifikant negativen Zusammenhang mit allen sechs Lebensqualitätsskalen und deren Summe.
4.3.2 Das Selbstwertgefühl (Hypothese 16b) und Selbstkonzept (Hypothese 16c) der Kinder

Der Zusammenhang des Selbstwertgefühls und verschiedener Bereiche des Selbstkonzeptes der Kinder mit verschiedenen Skalen der Lebensqualität ist in nachstehender Tabelle (Tabelle 25) dargestellt.

Tabelle 25: Zusammenhang des Selbstwertgefühls und positiven Selbstkonzeptes mit der Lebensqualität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.273</td>
<td>1/36</td>
<td>2,491</td>
<td>.667</td>
<td>.523</td>
<td>3,680</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.073</td>
<td>1/36</td>
<td>1,942</td>
<td>1,152</td>
<td>.271</td>
<td>1,686</td>
<td>.100</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.144</td>
<td>1/36</td>
<td>2,967</td>
<td>1,206</td>
<td>.379</td>
<td>2,459</td>
<td>.019</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.317</td>
<td>1/36</td>
<td>3,557</td>
<td>.870</td>
<td>.563</td>
<td>4,088</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.090</td>
<td>1/36</td>
<td>2,028</td>
<td>1,072</td>
<td>.301</td>
<td>1,891</td>
<td>.067</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.177</td>
<td>1/36</td>
<td>2,103</td>
<td>.756</td>
<td>.421</td>
<td>2,782</td>
<td>.009</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.183</td>
<td>1/35</td>
<td>2,575</td>
<td>.920</td>
<td>.428</td>
<td>2,799</td>
<td>.008</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Akademisches Selbstkonzept (bezogen auf Schule/Kindergarten und Beruf)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.115</td>
<td>1/44</td>
<td>1,637</td>
<td>.685</td>
<td>.339</td>
<td>2,389</td>
<td>.021</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.002</td>
<td>1/44</td>
<td>.360</td>
<td>1,096</td>
<td>.050</td>
<td>.329</td>
<td>.744</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.028</td>
<td>1/44</td>
<td>1,332</td>
<td>1,179</td>
<td>.168</td>
<td>1,130</td>
<td>.265</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.055</td>
<td>1/44</td>
<td>1,502</td>
<td>.939</td>
<td>.235</td>
<td>1,600</td>
<td>.117</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.204</td>
<td>1/44</td>
<td>3,087</td>
<td>.920</td>
<td>.451</td>
<td>3,355</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.007</td>
<td>1/44</td>
<td>.422</td>
<td>.761</td>
<td>.083</td>
<td>.554</td>
<td>.582</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.296</td>
<td>1/43</td>
<td>3,321</td>
<td>.781</td>
<td>.544</td>
<td>4,252</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensqualität</td>
<td>R²</td>
<td>df*</td>
<td>B</td>
<td>Standardfehler von B</td>
<td>Beta</td>
<td>t</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
<td>----</td>
<td>----------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.187</td>
<td>1/46</td>
<td>.938</td>
<td>.288</td>
<td>.433</td>
<td>3.256</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.049</td>
<td>1/46</td>
<td>.726</td>
<td>.469</td>
<td>.222</td>
<td>1.547</td>
<td>.129</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.150</td>
<td>1/46</td>
<td>1.377</td>
<td>.484</td>
<td>.387</td>
<td>2.846</td>
<td>.007</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.174</td>
<td>1/46</td>
<td>1.200</td>
<td>.385</td>
<td>.418</td>
<td>3.118</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.121</td>
<td>1/46</td>
<td>1.069</td>
<td>.424</td>
<td>.348</td>
<td>2.522</td>
<td>.015</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.104</td>
<td>1/45</td>
<td>.734</td>
<td>.321</td>
<td>.323</td>
<td>2.287</td>
<td>.027</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.109</td>
<td>1/43</td>
<td>.903</td>
<td>.394</td>
<td>.330</td>
<td>2.290</td>
<td>.027</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.089</td>
<td>1/49</td>
<td>1.004</td>
<td>.477</td>
<td>.298</td>
<td>2.189</td>
<td>.033</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.004</td>
<td>1/49</td>
<td>.320</td>
<td>.751</td>
<td>.061</td>
<td>.426</td>
<td>.672</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.059</td>
<td>1/49</td>
<td>1.391</td>
<td>.796</td>
<td>.242</td>
<td>1.748</td>
<td>.087</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.047</td>
<td>1/49</td>
<td>1.004</td>
<td>.647</td>
<td>.217</td>
<td>1.553</td>
<td>.127</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.257</td>
<td>1/49</td>
<td>2.510</td>
<td>.610</td>
<td>.507</td>
<td>4.117</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.020</td>
<td>1/47</td>
<td>.523</td>
<td>.530</td>
<td>.143</td>
<td>.988</td>
<td>.328</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.016</td>
<td>1/43</td>
<td>.566</td>
<td>.668</td>
<td>.128</td>
<td>.847</td>
<td>.402</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.092</td>
<td>1/51</td>
<td>1.524</td>
<td>.672</td>
<td>.303</td>
<td>2.269</td>
<td>.028</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.027</td>
<td>1/51</td>
<td>1.347</td>
<td>1.142</td>
<td>.163</td>
<td>1.180</td>
<td>.243</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.132</td>
<td>1/51</td>
<td>2.423</td>
<td>.871</td>
<td>.363</td>
<td>2.783</td>
<td>.008</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.045</td>
<td>1/51</td>
<td>1.506</td>
<td>.976</td>
<td>.211</td>
<td>1.543</td>
<td>.129</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.087</td>
<td>1/50</td>
<td>1.559</td>
<td>.714</td>
<td>.295</td>
<td>2.185</td>
<td>.034</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.062</td>
<td>1/47</td>
<td>1.586</td>
<td>.899</td>
<td>.249</td>
<td>1.765</td>
<td>.084</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Physisches Selbstkonzept

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>$R^2$</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.216</td>
<td>1/37</td>
<td>1,552</td>
<td>.487</td>
<td>.464</td>
<td>3,190</td>
<td>.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.132</td>
<td>1/37</td>
<td>1,831</td>
<td>.771</td>
<td>.364</td>
<td>2,374</td>
<td>.023</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.125</td>
<td>1/37</td>
<td>1,937</td>
<td>.844</td>
<td>.353</td>
<td>2,296</td>
<td>.027</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.197</td>
<td>1/37</td>
<td>1,965</td>
<td>.653</td>
<td>.444</td>
<td>3,010</td>
<td>.005</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.035</td>
<td>1/37</td>
<td>1,891</td>
<td>.764</td>
<td>.188</td>
<td>1,166</td>
<td>.251</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.128</td>
<td>1/37</td>
<td>1,257</td>
<td>.538</td>
<td>.358</td>
<td>2,335</td>
<td>.025</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.084</td>
<td>1/36</td>
<td>1,221</td>
<td>.674</td>
<td>.289</td>
<td>1,812</td>
<td>.078</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Stabilität des Selbstkonzeptes

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebensqualität</th>
<th>$R^2$</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.097</td>
<td>1/57</td>
<td>2,614</td>
<td>1,055</td>
<td>.312</td>
<td>2,478</td>
<td>.016</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.099</td>
<td>1/57</td>
<td>3,981</td>
<td>1,587</td>
<td>.315</td>
<td>2,508</td>
<td>.015</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.125</td>
<td>1/57</td>
<td>4,871</td>
<td>1,705</td>
<td>.354</td>
<td>2,857</td>
<td>.006</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.036</td>
<td>1/57</td>
<td>2,110</td>
<td>1,445</td>
<td>.190</td>
<td>1,460</td>
<td>.150</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.038</td>
<td>1/57</td>
<td>2,316</td>
<td>1,542</td>
<td>.195</td>
<td>1,502</td>
<td>.139</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.023</td>
<td>1/56</td>
<td>1,322</td>
<td>1,162</td>
<td>.150</td>
<td>1,137</td>
<td>.260</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.017</td>
<td>1/53</td>
<td>1,365</td>
<td>1,443</td>
<td>.129</td>
<td>.946</td>
<td>.348</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$R^2$= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade
B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert
t= T-Wert; Signifikanz $P = p$-Wert

Das Selbstwertgefühl der Kinder korreliert bis auf die Bereiche Körperliches Wohlbefinden und Familie in allen Bereichen signifikant positiv mit der Lebensqualität. Je stärker die Eltern den Items des Selbstwertgefühls ihrer Kinder zustimmten, desto höher wurde auch die Lebensqualität der Kinder eingestuft.

Erwartungsgemäß korreliert das Selbstwertgefühl stark mit der KINDL$^R$-Skala Selbstwert der Lebensqualität, da der Prädiktor ebenfalls die Zielvariable darstellt.

Auch Hypothese 16 c) kann bestätigt werden. Das Selbstkonzept der Kinder (in verschiedenen Bereichen gemessen) steht in signifikantem Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität. Das

Alle Bereiche des Selbstkonzeptes korrelieren positiv mit dem KINDL\textsuperscript{R}-Gesamtwert.

4.3.3 Die Stressverarbeitung (Hypothese 17)

4.3.3.1 Der Zusammenhang stressreduzierender Stressverarbeitungsmechanismen und der Lebensqualität der Kinder (Hypothese 17a)

### Tabelle 26: Zusammenhang stressreduzierender Stressbewältigungsstrategien mit der Lebensqualität – Ergebnisse der Regressionsanalyse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prädiktor</th>
<th>Lebensqualität</th>
<th>$R^2$</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>Signifikanz P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Subtest Ablenkung/Erholung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/60</td>
<td>-3,72</td>
<td>1,290</td>
<td>-0,037</td>
<td>-2,288</td>
<td>.774</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.005</td>
<td>1/60</td>
<td>1,057</td>
<td>1,941</td>
<td>0,070</td>
<td>0,544</td>
<td>.588</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/60</td>
<td>-491</td>
<td>2,119</td>
<td>-0,030</td>
<td>-2,322</td>
<td>.018</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td></td>
<td>.020</td>
<td>1/60</td>
<td>-1,894</td>
<td>1,695</td>
<td>-1,43</td>
<td>-1,118</td>
<td>.268</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/60</td>
<td>-409</td>
<td>1,828</td>
<td>-0,029</td>
<td>-0,224</td>
<td>.024</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td></td>
<td>.003</td>
<td>1/58</td>
<td>-592</td>
<td>1,376</td>
<td>-0,056</td>
<td>-0,431</td>
<td>.066</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/54</td>
<td>.451</td>
<td>1,719</td>
<td>0,036</td>
<td>0,262</td>
<td>.794</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtest Bagatellisierung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td></td>
<td>.007</td>
<td>1/61</td>
<td>-847</td>
<td>1,341</td>
<td>-0,081</td>
<td>-0,632</td>
<td>.530</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.002</td>
<td>1/61</td>
<td>-654</td>
<td>2,025</td>
<td>0,041</td>
<td>0,323</td>
<td>.748</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.026</td>
<td>1/61</td>
<td>-2787</td>
<td>2,180</td>
<td>0,162</td>
<td>-1,279</td>
<td>.026</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td></td>
<td>.008</td>
<td>1/61</td>
<td>-1,226</td>
<td>1,777</td>
<td>-0,088</td>
<td>-0,690</td>
<td>.493</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td></td>
<td>.016</td>
<td>1/60</td>
<td>-1,872</td>
<td>1,906</td>
<td>0,126</td>
<td>-0,982</td>
<td>.330</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/59</td>
<td>-293</td>
<td>1,435</td>
<td>0,027</td>
<td>-0,204</td>
<td>.839</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td></td>
<td>.005</td>
<td>1/57</td>
<td>.937</td>
<td>1,755</td>
<td>0,071</td>
<td>0,534</td>
<td>.595</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sekundärtest Emotionsregulierende Bewältigung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td></td>
<td>.013</td>
<td>1/54</td>
<td>-831</td>
<td>.995</td>
<td>-0,113</td>
<td>-0,835</td>
<td>.407</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.000</td>
<td>1/54</td>
<td>.142</td>
<td>1,509</td>
<td>0,013</td>
<td>0,094</td>
<td>.925</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td></td>
<td>.035</td>
<td>1/54</td>
<td>-2,252</td>
<td>1,616</td>
<td>0,186</td>
<td>-1,394</td>
<td>.169</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td></td>
<td>.018</td>
<td>1/54</td>
<td>-1,298</td>
<td>1,316</td>
<td>0,133</td>
<td>-0,986</td>
<td>.329</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td></td>
<td>.025</td>
<td>1/54</td>
<td>-1,655</td>
<td>1,401</td>
<td>0,159</td>
<td>-1,182</td>
<td>.242</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td></td>
<td>.000</td>
<td>1/52</td>
<td>-042</td>
<td>1,071</td>
<td>-0,005</td>
<td>-0,339</td>
<td>.969</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td></td>
<td>.001</td>
<td>1/50</td>
<td>.310</td>
<td>1,315</td>
<td>0,033</td>
<td>0,236</td>
<td>.815</td>
</tr>
<tr>
<td>Prädiktor</td>
<td>Lebensqualität</td>
<td>$R^2$</td>
<td>df*</td>
<td>B</td>
<td>Standardfehler von B</td>
<td>Beta</td>
<td>t</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtest Situationskontrolle</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.111</td>
<td>1/64</td>
<td></td>
<td>3,992</td>
<td>1,412</td>
<td>.333</td>
<td>2,828</td>
<td>.006</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.014</td>
<td>1/64</td>
<td></td>
<td>2,144</td>
<td>2,240</td>
<td>.119</td>
<td>.957</td>
<td>.342</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.032</td>
<td>1/64</td>
<td></td>
<td>3,498</td>
<td>2,419</td>
<td>.178</td>
<td>1,446</td>
<td>.153</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.044</td>
<td>1/64</td>
<td></td>
<td>3,335</td>
<td>1,941</td>
<td>.210</td>
<td>1,718</td>
<td>.091</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.266</td>
<td>1/63</td>
<td></td>
<td>8,745</td>
<td>1,831</td>
<td>.516</td>
<td>4,775</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.019</td>
<td>1/62</td>
<td></td>
<td>1,726</td>
<td>1,581</td>
<td>.137</td>
<td>1,091</td>
<td>.279</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.009</td>
<td>1/59</td>
<td></td>
<td>4,762</td>
<td>1,871</td>
<td>.315</td>
<td>2,545</td>
<td>.014</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtest Positive Selbstinstruktion</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.145</td>
<td>1/62</td>
<td></td>
<td>4,861</td>
<td>1,501</td>
<td>.380</td>
<td>3,238</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.049</td>
<td>1/62</td>
<td></td>
<td>4,242</td>
<td>2,386</td>
<td>.220</td>
<td>1,778</td>
<td>.080</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.106</td>
<td>1/62</td>
<td></td>
<td>6,846</td>
<td>2,519</td>
<td>.326</td>
<td>2,717</td>
<td>.009</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.122</td>
<td>1/62</td>
<td></td>
<td>5,910</td>
<td>2,017</td>
<td>.349</td>
<td>2,930</td>
<td>.005</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.121</td>
<td>1/61</td>
<td></td>
<td>6,283</td>
<td>2,173</td>
<td>.347</td>
<td>2,891</td>
<td>.005</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.032</td>
<td>1/61</td>
<td></td>
<td>2,393</td>
<td>1,690</td>
<td>.178</td>
<td>1,416</td>
<td>.162</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.070</td>
<td>1/58</td>
<td></td>
<td>4,260</td>
<td>2,046</td>
<td>.264</td>
<td>2,082</td>
<td>.042</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtest Soziales Unterstützungsbedürfnis</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.145</td>
<td>1/66</td>
<td></td>
<td>3,916</td>
<td>1,169</td>
<td>.381</td>
<td>3,349</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.043</td>
<td>1/66</td>
<td></td>
<td>3,217</td>
<td>1,864</td>
<td>.208</td>
<td>1,726</td>
<td>.089</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.094</td>
<td>1/66</td>
<td></td>
<td>5,162</td>
<td>1,977</td>
<td>.306</td>
<td>2,611</td>
<td>.011</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.174</td>
<td>1/66</td>
<td></td>
<td>5,676</td>
<td>1,524</td>
<td>.417</td>
<td>3,723</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.087</td>
<td>1/65</td>
<td></td>
<td>4,293</td>
<td>1,724</td>
<td>.295</td>
<td>2,490</td>
<td>.015</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.042</td>
<td>1/64</td>
<td></td>
<td>2,207</td>
<td>1,319</td>
<td>.205</td>
<td>1,673</td>
<td>.099</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.056</td>
<td>1/60</td>
<td></td>
<td>3,084</td>
<td>1,629</td>
<td>.237</td>
<td>1,893</td>
<td>.063</td>
</tr>
<tr>
<td>Prädiktor</td>
<td>Lebensqualität</td>
<td>( R^2 )</td>
<td>df*</td>
<td>B</td>
<td>Standardfehler von B</td>
<td>Beta</td>
<td>t</td>
<td>Signifikanz P</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>----------------</td>
<td>--------</td>
<td>-----</td>
<td>---</td>
<td>----------------------</td>
<td>------</td>
<td>---</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Sekundärtest</td>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.221</td>
<td>1/60</td>
<td>2,286</td>
<td>.555</td>
<td>.470</td>
<td>4,122</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemlösende Bewältigung</td>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.079</td>
<td>1/60</td>
<td>2,059</td>
<td>.909</td>
<td>.281</td>
<td>2,266</td>
<td>.027</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.109</td>
<td>1/60</td>
<td>2,643</td>
<td>.974</td>
<td>.331</td>
<td>2,714</td>
<td>.009</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Selbstwert</td>
<td>.162</td>
<td>1/60</td>
<td>2,599</td>
<td>.762</td>
<td>.403</td>
<td>3,408</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familie</td>
<td>.256</td>
<td>1/59</td>
<td>3,484</td>
<td>.774</td>
<td>.506</td>
<td>4,501</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Freunde</td>
<td>.049</td>
<td>1/59</td>
<td>1,133</td>
<td>.648</td>
<td>.222</td>
<td>1,748</td>
<td>.086</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schule</td>
<td>.131</td>
<td>1/56</td>
<td>2,228</td>
<td>.766</td>
<td>.362</td>
<td>2,908</td>
<td>.005</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( R^2 = \) Determinationskoeffizient = Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
*df von Regression / Residuen; df = Freiheitsgrade
B = Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta = Standardisierter Regressionswert
\( t = \) T-Wert; Signifikanz \( P = \) p-Wert

Tabelle 27: Zusammenfassende Übersicht über die signifikanten Prädiktoren der stressreduzierenden Stressverarbeitungsstrategien aus Tabelle 26

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stressverarbeitungsstrategie</th>
<th>Lebensqualität (KINDL®-Skalen)</th>
<th>Ablenkung/Erholung</th>
<th>Bagatellisierung</th>
<th>Emotionsregulierende Bewältigung</th>
<th>Situationskontrolle</th>
<th>Positive Selbstinstruktion</th>
<th>Soziales Unterstützungsbedürfnis</th>
<th>Problemlösende Bewältigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
<td>Beta P</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>-.037 .774</td>
<td>-.081 .530</td>
<td>-.113 .407</td>
<td>.333 .006**</td>
<td>.380 .002**</td>
<td>.381 .001**</td>
<td>.470 .000***</td>
<td>.281 .027**</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.070 .588</td>
<td>-.041 .748</td>
<td>.013 .925</td>
<td>.119 .342</td>
<td>.220 .080</td>
<td>.208 .089</td>
<td>.281 .027**</td>
<td>.281 .027**</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>-.030 .818</td>
<td>-.162 .206</td>
<td>-.186 .169</td>
<td>.178 .153</td>
<td>.326 .009**</td>
<td>.306 .011</td>
<td>.331 .009**</td>
<td>.331 .009**</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>-.143 .268</td>
<td>-.088 .493</td>
<td>-.133 .329</td>
<td>.210 .091</td>
<td>.349 .005**</td>
<td>.417 .000***</td>
<td>.403 .001***</td>
<td>.403 .001***</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.029 .824</td>
<td>-.126 .330</td>
<td>-.159 .242</td>
<td>.516 .000***</td>
<td>.347 .005**</td>
<td>.295 .015**</td>
<td>.506 .000***</td>
<td>.506 .000***</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>-.056 .668</td>
<td>-.027 .839</td>
<td>-.005 .969</td>
<td>.137 .279</td>
<td>.178 .162</td>
<td>.205 .099</td>
<td>.222 .086</td>
<td>.222 .086</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.036 .794</td>
<td>.071 .595</td>
<td>.236 .815</td>
<td>.315 .014*</td>
<td>.264 .042*</td>
<td>.237 .063</td>
<td>.362 .005**</td>
<td>.362 .005**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

B = standardisierte Betagewichte; + = B > 0
\( P = \) Irrtumswahrscheinlichkeit; ‘ \( p \leq .05; \) “ \( p \leq .01; \) +++ \( p \leq .001 \)
weißer Hintergrund = Subtests ; grauer Hintergrund = Sekundärtests

4.3.3.2 Der Zusammenhang zwischen stressvermehrenden Stressverarbeitungsstrategien und der Lebensqualität der Kinder (Hypothese 17b)


Tabelle 28: Zusammenhang stressvermehrender Stressverarbeitungsstrategien und der Lebensqualität - Ergebnisse der Regressionsanalyse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prädiktor</th>
<th>Lebensqualität</th>
<th>R²</th>
<th>df*</th>
<th>B</th>
<th>Standardfehler von B</th>
<th>Beta</th>
<th>T</th>
<th>Signifikanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Subtest Passive Vermeidung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.016</td>
<td>1/66</td>
<td>-1,261</td>
<td>1,201</td>
<td>-.128</td>
<td>-1,050</td>
<td>.297</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.000</td>
<td>1/66</td>
<td>-.110</td>
<td>1,824</td>
<td>-.007</td>
<td>-0,660</td>
<td>.952</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.034</td>
<td>1/66</td>
<td>-2,971</td>
<td>1,954</td>
<td>-.184</td>
<td>-1,520</td>
<td>.133</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.019</td>
<td>1/66</td>
<td>-1,784</td>
<td>1,590</td>
<td>-.137</td>
<td>-1,122</td>
<td>.266</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.035</td>
<td>1/65</td>
<td>-2,591</td>
<td>1,697</td>
<td>-.186</td>
<td>-1,527</td>
<td>.132</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.005</td>
<td>1/64</td>
<td>.746</td>
<td>1,287</td>
<td>.072</td>
<td>.580</td>
<td>.564</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.003</td>
<td>1/61</td>
<td>-.710</td>
<td>1,589</td>
<td>-.057</td>
<td>-.447</td>
<td>.657</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtest Gedankliche Weiterbeschäftigung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.103</td>
<td>1/65</td>
<td>-3,149</td>
<td>1,154</td>
<td>-.321</td>
<td>-2,728</td>
<td>.008</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.086</td>
<td>1/65</td>
<td>-4,332</td>
<td>1,756</td>
<td>-.293</td>
<td>-2,468</td>
<td>.016</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.068</td>
<td>1/65</td>
<td>-4,197</td>
<td>1,932</td>
<td>-.260</td>
<td>-2,172</td>
<td>.033</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>.144</td>
<td>1/65</td>
<td>-4,949</td>
<td>1,495</td>
<td>-.380</td>
<td>-3,311</td>
<td>.002</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>.045</td>
<td>1/65</td>
<td>-2,940</td>
<td>1,687</td>
<td>-.211</td>
<td>-1,743</td>
<td>.086</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.008</td>
<td>1/63</td>
<td>-.898</td>
<td>1,294</td>
<td>-.087</td>
<td>-.694</td>
<td>.490</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>.017</td>
<td>1/59</td>
<td>-1,605</td>
<td>1,603</td>
<td>-.129</td>
<td>-1,001</td>
<td>.321</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Prädiktor</td>
<td>Lebensqualität</td>
<td>R²</td>
<td>df*</td>
<td>B</td>
<td>Standardfehler von B</td>
<td>Beta</td>
<td>T</td>
<td>Signifikanz</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>----------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtest Resignation</td>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.058</td>
<td>1/65</td>
<td>-2,704</td>
<td>1,355</td>
<td>-.240</td>
<td>-1,996</td>
<td>.050</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.006</td>
<td>1/65</td>
<td>-1,279</td>
<td>2,097</td>
<td>-.075</td>
<td>-.610</td>
<td>.544</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.048</td>
<td>1/65</td>
<td>-4,026</td>
<td>2,236</td>
<td>-.218</td>
<td>-1,801</td>
<td>.076</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Selbstwert</td>
<td>.048</td>
<td>1/65</td>
<td>-3,275</td>
<td>1,805</td>
<td>-.220</td>
<td>-1,814</td>
<td>.074</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familie</td>
<td>.044</td>
<td>1/64</td>
<td>-3,360</td>
<td>1,947</td>
<td>-.211</td>
<td>-1,726</td>
<td>.089</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Freunde</td>
<td>.022</td>
<td>1/64</td>
<td>-1,736</td>
<td>1,460</td>
<td>-.147</td>
<td>-1,189</td>
<td>.239</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schule</td>
<td>.023</td>
<td>1/61</td>
<td>-2,153</td>
<td>1,800</td>
<td>-.151</td>
<td>-1,196</td>
<td>.236</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtest Aggression</td>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.147</td>
<td>1/67</td>
<td>-3,617</td>
<td>1,065</td>
<td>-.383</td>
<td>-3,396</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.082</td>
<td>1/67</td>
<td>-4,081</td>
<td>1,664</td>
<td>-.287</td>
<td>-2,452</td>
<td>.017</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.081</td>
<td>1/67</td>
<td>-4,424</td>
<td>1,815</td>
<td>-.285</td>
<td>-2,438</td>
<td>.017</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Selbstwert</td>
<td>.015</td>
<td>1/67</td>
<td>-1,551</td>
<td>1,517</td>
<td>-.124</td>
<td>-1,023</td>
<td>.310</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familie</td>
<td>.138</td>
<td>1/66</td>
<td>-4,963</td>
<td>1,528</td>
<td>-.371</td>
<td>-3,249</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Freunde</td>
<td>.023</td>
<td>1/65</td>
<td>-1,499</td>
<td>1,214</td>
<td>-.151</td>
<td>-1,234</td>
<td>.222</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schule</td>
<td>.167</td>
<td>1/61</td>
<td>-4,870</td>
<td>1,394</td>
<td>-.408</td>
<td>-3,493</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Sekundärtst Ungünstige Stressverarbeitung</td>
<td>Gesamtwert</td>
<td>.188</td>
<td>1/62</td>
<td>-1,769</td>
<td>,467</td>
<td>-.434</td>
<td>-3,790</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>.067</td>
<td>1/62</td>
<td>-1,589</td>
<td>,754</td>
<td>-.259</td>
<td>-2,108</td>
<td>.039</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>.143</td>
<td>1/62</td>
<td>-2,530</td>
<td>,787</td>
<td>-.378</td>
<td>-3,213</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Selbstwert</td>
<td>.117</td>
<td>1/62</td>
<td>-1,847</td>
<td>,646</td>
<td>-.341</td>
<td>-2,861</td>
<td>.006</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familie</td>
<td>.153</td>
<td>1/62</td>
<td>-2,262</td>
<td>,675</td>
<td>-.392</td>
<td>-3,352</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Freunde</td>
<td>.021</td>
<td>1/61</td>
<td>-6,27</td>
<td>,542</td>
<td>-.146</td>
<td>-1,156</td>
<td>.252</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schule</td>
<td>.117</td>
<td>1/59</td>
<td>-1,765</td>
<td>,631</td>
<td>-.342</td>
<td>-2,800</td>
<td>.007</td>
</tr>
</tbody>
</table>

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade
B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert
T= T-Wert; Signifikanz = p-Wert
Tabelle 29: Zusammenfassende Übersicht über die signifikanten Prädiktoren der stressvermehrenden Stressverarbeitungsstrategien aus Tabelle 28

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stressverarbeitungsstrategie</th>
<th>Lebensqualität (KINDL®-Skalen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Passive Vermeidung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Beta</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwert</td>
<td>-128</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliches Wohlbefinden</td>
<td>-.007</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisches Wohlbefinden</td>
<td>-.184</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstwert</td>
<td>-.137</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.186</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>.072</td>
</tr>
<tr>
<td>Schule</td>
<td>-.057</td>
</tr>
</tbody>
</table>

B = standardisierte Betagewichte; - = B < 0
p = Irrtumswahrscheinlichkeit; `p ≤ .05; `p ≤ .01; `p ≤ .001
weißer Hintergrund = Subtests; grauer Hintergrund = Sekundärtests


Hypothese 17 b), die einen negativen Zusammenhang zwischen stressvermehrender Stressverarbeitung und der Lebensqualität vorhersagt, muss für die Strategie Passive Vermeidung zurückgewiesen werden.
Auch für die anderen stressvermehrenden (ungünstigen) Stressverarbeitungsstrategien bestätigt sich die Hypothese nur für einzelne Bereiche der gemessenen Lebensqualität.

Zusammengefasst (siehe Spalte Ungünstige Stressverarbeitung in Tabelle 29) sagen die ungünstigen Stressverarbeitungsmechanismen eine signifikant geringere Lebensqualität voraus – somit kann Hypothese 17 b) bestätigt werden.
5. DISKUSSION

5.1 ÜBERSICHT

5.2 Diskussion der Ergebnisse im Bezug auf andere Studien

5.2.1 Der Zusammenhang zwischen demographischen Daten der Kinder und ihrer Lebensqualität

Zunächst sollen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen demographischen Daten der Kinder und ihrer Lebensqualität diskutiert werden. Die Hypothesen 1-6 umfassen das Alter des Kindes, das Alter bei Ersterkrankung des Elternteils, sein Geschlecht, Religionszugehörigkeit und Religiosität, den Migrationshintergrund und das Vorhandensein einer eigenen Erkrankung im letzten Jahr. Die Hypothesen zum Zusammenhang demographischer Daten der Kinder mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lassen sich in dieser Studie nur zu einem kleinen Teil bestätigen:


identifiziert werden. Im Gegensatz zu einer Religionszugehörigkeit steht die Religiosität der Kinder in dieser Arbeit nicht in Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität.


5.2.2 Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten der Eltern und der Lebensqualität der Kinder


Bei den Variablen Familienstand, Schulabschluss, Berufsabschluss und der derzeitigen beruflichen Situation des erkrankten Elternteils lässt sich kein Zusammenhang mit der Lebensqualität nachweisen. In der Literatur ist mehrfach beschrieben, dass verheiratete oder mit dem Partner zusammenlebende Personen eine bessere Lebensqualität aufweisen als Personen, die getrennt, bzw. alleine leben (Chisholm et al., 2007; Chui et al., 2009; Papadopoulos et al., 2007; Pappa et al., 2009; Praase et al., 2005; Wan et al., 1999; Yost et al., 2008). Kvarme et al. (2009) führen eine Studie mit Schulkindern durch und gelangen zu dem Ergebnis, dass Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als diejenigen, die in einem Zweiehelternehmehaushalt leben. Diese Zusammenhänge können bei den Kindern der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.


5.2.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN VARIABLEN DER ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER


**5.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIären UND UMWELTBEZOGENEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER**


Hypothese 14 konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die **Tabuisierung** der Erkrankung in und außerhalb der Familie stand nicht in Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu vorherigen Erkenntnissen: In der Literatur gilt die


5.2.5 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

An subjektiven Faktoren wurden die Depressivität der Kinder, ihr Selbstwertgefühl, das Selbstkonzept und ihre Stressverarbeitungsstrategien auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft (Hypothesen 16 und 17). Die dazugehörigen Ergebnisse sollen in den folgenden Abschnitten diskutiert werden.

Die Ergebnisse zu Hypothese 16 a) erwiesen sich als hypothesenkonform: Der Grad der Depressivität der Kinder korrelierte signifikant negativ mit allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen


5.3 Diskussion der Methodik und Konzeption der Studie

Um zu erheben, in welchem Zusammenhang oben genannte Variablen mit der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter stehen, bot sich an, psychiatrische Patienten, die Eltern minderjähriger Kinder sind, persönlich zu befragen.

Die Rückmeldequote einer schriftlichen Befragung wäre sicherlich wesentlich geringer ausgefallen als es bei dem für diese Studie gewählten persönlichen Interview der Fall war. Besonders psychisch stark eingeschränkte Patienten hätten nur in den seltensten Fällen an einer schriftlichen Befragung teilgenommen und wären so der Ergebnisauswertung unterrepräsentiert gewesen. Für die vorliegende Studie war es jedoch wichtig, diesen Selektionsbias so weit wie möglich zu reduzieren. Eine ähnliche Problematik hätte sich bei einer telefonischen Befragung ergeben. Hier wäre ein ausgeprägter Selektionsbias durch die bessere telefonische Erreichbarkeit psychisch weniger belasteter Personen
aufgetreten. Außerdem wäre die Möglichkeit, den Probanden zur konzentrierten Mitarbeit an einem so umfangreichen Interview zu motivieren, bei einem schriftlichen oder telefonischen Interview nur sehr bedingt gegeben gewesen.


Es muss jedoch erwähnt werden, dass auch die persönliche Befragung der psychisch erkrankten Patienten einem Selektionsbias unterlegen war. Um an einem zweistündigen Interview teilzunehmen, mussten sich die Personen in einem gesundheitlichen Zustand befinden, der ihnen erlaubte, sich über lange Zeit zu konzentrieren. Personen, die sich für ihre Situation schämten, die Belastung ihrer Kinder bewusst nicht preisgeben wollten oder Angst vor unangenehmem Fragen und Stigmatisierung hatten, nahmen an unserer Studie ebenfalls nicht teil und entfielen somit für die Auswertung.

Die Studie kann nicht als repräsentativ gelten. Obwohl versucht wurde, alle Diagnosegruppen in die Fragebogenerhebung einzubeziehen, ergab sich eine Selektivität, da nur zwei Gruppen (Störungen der Gruppen F30-39 und F40-49) groß genug waren, um in ihrer Auswirkung auf die Lebensqualität der Kinder berechnet werden zu können. Die Aussagen aus der Stichprobe können nicht verallgemeinert werden, da aufgrund der zu geringen Gruppengrößen letztendlich nur diese zwei Störungskategorien verglichen werden konnten.


Limitationen in der Rekrutierung der Probanden ergaben sich daraus, dass die Ein- und Ausschlusskriterien oft nicht vollständig erfüllt werden konnten. Zudem waren geeignete Personen nicht immer bereit, an der Befragung teilzunehmen, da sie nicht gewohnt waren, mit anderen Menschen über ihre Kinder zu sprechen und die Thematisierung der schwierigen Situation ihrer Kinder eher vermeiden. Einige Personen, die für die Studie geeignet waren, wollten an der Befragung nicht teilnehmen oder fühlten sich aufgrund starker Symptome im Zeitraum der Befragungen nicht dazu in der Lage.

Trotz genannter Einschränkungen stellt das persönliche Interview mit standardisierten Interviewbedingungen und vorgegebenem Antwortformat eine gute Methode dar, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen und der Lebensqualität betroffener Kinder zu ermitteln.


Die Dauer des einzelnen Interviews von zwei bis drei Stunden brachte weitere Fehlerquellen mit sich: Für die lange Zeit der Befragung und sehr hohe Anzahl an Fragen mussten die Probanden große Konzentration aufbringen, um auch noch am Ende korrekt zu antworten. Gerade bei psychischen


einzuschätzen als emotionale. Außerdem findet sich bei der elterlichen Fremdeinschätzung des Wohlbefindens von jungen Kindern eine höhere Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilung als bei Jugendlichen.

Die Autoren stimmen in dem Punkt überein, dass nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder befragt werden sollten, da die Ergebnisse aus den verschiedenen Perspektiven unterschiedlich sein können (Sawyer et al., 2003).

Aufgrund der besseren Erreichbarkeit wurden für die vorliegende Studie psychisch erkrankte Eltern gebeten, die Lebensqualität ihrer minderjährigen Kinder im Fremdbericht zu beurteilen. Der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL®) stellt auch bei der Beurteilung der Lebensqualität der Kinder durch die Eltern ein valides Messinstrument dar.


ist nicht sicher, ob der Fragebogen so breit (schon ab einem Alter von drei Jahren) anwendbar ist. Methodisch anfechtbar ist auch die Tatsache, dass aus den vier Items eines Subtests je nur eines herausgegriffen bzw. ein Item entsprechend der Bezeichnung der Strategie formuliert wurde, welches die Stressverarbeitungsstrategie repräsentiert. Da jede Bewältigungsstrategie nur von einem Einzelitem abgebildet wird, sind eine Vergleichbarkeit mit der Literatur und der Erhalt der Gütekriterien nicht gegeben. Dadurch sollten die Ergebnisse eher vorsichtig interpretiert werden. Das Coping der Kinder wurde in der vorliegenden Arbeit nicht auf eine bestimmte Situation bezogen, sondern allgemein mit der Frage „Wenn mein Kind unter Druck gerät ….“ erfragt.

Da die Studie dazu beitragen soll, ein Screeninginstrument zu entwickeln, welches stark von weniger belasteten Kindern differenzieren kann, wurden verschiedene objektive und subjektive aus der Literatur entnommene Faktoren auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder überprüft. Da bisherige Inventare nicht den gewünschten Umfang an Schutz- und Belastungsfaktoren umfassten, wurde ein eigenes Instrument zusammengestellt. Wenn möglich, wurde auf bereits existierende Skalen zurückgegriffen. Um eine verträgliche Interviewdauer zu erzielen, mussten diese aber gekürzt werden, so dass eine Vergleichbarkeit der betreffenden Ergebnisse mit der Literatur nicht gegeben ist. Eine Vielzahl von Merkmalen wurde über einzelne, selbst konstruierte und damit nicht validierte Items operationalisiert.


Die mit der Lebensqualität in Zusammenhang stehenden Faktoren dienen nicht nur zur Abschätzung des Wohlbefindens, sondern stellen auch Ansatzpunkte dar, durch die die Lebensqualität der Kinder verbessert werden kann. Beispiel dafür ist ein „Coping skills training“ zur Erlernung günstiger Stressverarbeitungsmechanismen und somit besserer Anpassung an eine belastende Situation (Grey et al., 1998).
5.4 SCHLUSSFOLGERUNG UND ANSÄTZE FÜR WEITERE STUDIEN


Im Gegensatz zu einem geringen Zusammenhang mit demographischen Faktoren konnte die Bedeutung subjektiver Faktoren für die Lebensqualität unterstrichen werden. Depressivität, Selbstwertgefühl und Selbstkonzept der Kinder standen in signifikantem Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität. Unsere Studie zeigte außerdem einen entscheidenden Zusammenhang stressbewältigender Techniken mit der Lebensqualität und konnte damit zum Verständnis der Bedeutung dieser Thematik entscheidend beitragen. Die Diskussion zeigt ebenfalls, dass die einschlägige Literatur bezüglich der Stressverarbeitung zu ähnlichen Ergebnissen gekommen ist.


Doch ist es tatsächlich möglich, stark von weniger stark belasteten und gefährdeten Kindern anhand oben genannter Ergebnisse zu unterscheiden?

Eine Differenzierung unterschiedlich belasteter Kinder kann anhand der Ergebnisse dieser Studie nicht durch demographische Variablen stattfinden. Ein Hinweis auf die Belastungsstärke der Kinder kann jedoch zum Beispiel die psychiatrische Diagnose des Elternteils sein. Als besonders bedeutend zeigte sich der Zusammenhang der Lebensqualität mit subjektiven Faktoren. Ob eine Differenzierung anhand dieser Variablen sinnvoll ist, ist allerdings fraglich. Um zu eruieren, wie stark die Kinder belastet sind,
sollen leicht messbare Faktoren herangezogen werden. Anstatt das Selbstwertgefühl oder Selbstkonzept zu erfragen, könnte man ebenfalls die Lebensqualität messen. Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Wohlbefindens können aus den erhaltenen Daten aber auf jeden Fall erschlossen werden.

Die Ergebnisse sind von großer Bedeutung für die Erüierung angemessener Hilfen sowie Primär- und Sekundärprävention eigener psychischer oder Entwicklungsstörungen der Kinder. Sie sollen dazu beitragen, ein Screeninginstrument zu entwickeln, welches in Erwachsenenpsychiatrien flächendeckend angewendet werden kann.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten sich aufbauend auf dieser Arbeit, weitere Studien anschließen.


Außerdem sollte in weiterführenden Studien überprüft werden, ob die Veränderung (Verbesserung) der als Prädiktoren identifizierten Faktoren tatsächlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Querschnittsuntersuchung handelt, können keine Veränderungen gemessen werden. Da solche Ergebnisse nur in einem Längsschnittdesign möglich sind, sollte weiterführend eine Längsschnittstudie durchgeführt werden, um den tatsächlichen Einfluss der als Prädiktoren identifizierten Faktoren zu überprüfen.

Zu Beginn der Diskussion wurde bereits auf die Diskrepanz zwischen einem Elternbericht und der Selbstbeurteilung durch die Kinder hingewiesen (Marsac et al., 2006; Sawyer et al., 2003; Vrijmoet-Wiersma et al., 2009). Der Zusammenhang zwischen demographischen, klinischen sowie subjektiven

In weiterführenden Studien sollte außerdem überprüft werden, ob die Faktoren, die die Lebensqualität bedeutend beeinflussen, in allen Altersklassen gleich sind. Da in den verschiedenen Altersstufen verschiedene Entwicklungsschritte vollzogen werden und Entwicklung ein dynamischer Prozess ist, ist denkbar, dass bestimmte Variablen ausschließlich in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität kleiner Kinder stehen; für Jugendliche könnten diese Faktoren in Bezug auf ihr Wohlbefinden keine Rolle mehr spielen oder es kommen weitere Prädiktoren hinzu.

5.5 AUSBLICK


Den Hinweisen auf protektive und schädigende Effekte soll im weiteren Verlauf des Projektes nachgegangen werden, um die Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder und ihrer Umwelt zu spezifizieren. Das erstellte Risikoprofil resultiert in einem Screening-Instrument zur Identifizierung ungünstiger Bedingungen und entwicklungsgefährdeter Kinder. Dieser Screening-Fragebogen soll als niederschwelliges Frühwarnsystem in Erwachsenenpsychiatrien eingesetzt werden, um gefährdete von weniger belasteten Kindern unterscheiden und belasteten Familien frühzeitig bedarfsangepasste Hilfsangebote anbieten zu können.


Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen Grundlage der Identifizierung von Prädiktoren sein, die das Outcome der Kinder psychisch Kranker vorhersagen können. Außerdem sollen sie die Erstellung einer Merkmalsliste unterstützen, mit der gefährdete von weniger gefährdeten Kindern differenziert werden können.
6. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern und hat zum Ziel, Prädiktoren der Lebensqualität der Betroffenen zu identifizieren, um Ansatzpunkte für präventive Hilfen zu schaffen.


Der Methodenteil der Dissertation beschreibt die in ausgewählten psychiatrischen Kliniken durchgeführte Fragebogenerhebung an stationär behandelten psychisch erkrankten Eltern. Die Probanden wurden bezüglich soziodemographischer Daten sowie zu Stressverarbeitungsstrategien (gemessen mit dem SVF-KJ) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem KINDL®) ihrer Kinder in Form eines standardisierten Interviews befragt. Folgende im Interview mit dem erkrankten Elternteil erhobene subjektive und objektive Faktoren wurden auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder überprüft:

*Objektive Faktoren:* 1. das Alter des Kindes, 2. das Alter des Kindes bei Ersterkrankung des

**Elterliche Variablen:** 7. das Geschlecht des erkrankten Elternteils, 8. der Familienstand, 9. Schulabschluss, Berufsausbildung und berufliche Situation des Befragten und 10. das Überlastungsgewähr der Eltern.

**Klinische Faktoren:** 11. die psychiatrische Diagnose des Elternteils und 12. die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte.

**Familiäre Faktoren:** 13. das Haushaltseinkommen, 14. die Tabuisierung der Erkrankung und 15. die Anzahl der Geschwister des Kindes.

**Subjektive Prädiktoren:** 16. Depressivität, Selbstwertgefühl und Selbstkonzept des Kindes und 17. die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder.

Als Indikatoren der Lebensqualität der Kinder wurden herangezogen:

*Gesamtwert, Körplicheres Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule.*

Die erhobenen subjektiven und objektiven Faktoren wurden als unabhängige Variablen auf ihren Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder überprüft. Der Zusammenhang der potentiellen Prädiktoren mit der Lebensqualität wurde mittels t-Tests oder Korrelationsanalysen ermittelt.

bis zu zwei Geschwistern wurde eine bessere Lebensqualität im Bereich *Selbstwert* angegeben als bei denjenigen mit drei oder mehr Geschwistern.


Trotz allem ergeben sich wichtige Erkenntnisse über Prädiktoren der Lebensqualität Betroffener, sowie Hinweise, durch welche Maßnahmen das Wohlbefinden der Kinder verbessert werden könnte (vgl. oben). In der Literatur beschriebene Prädiktoren der Lebensqualität, die sich in dieser Arbeit nicht bestätigen ließen, sollten in weiterführenden Studien noch einmal auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft werden. Weiterhin sollten die als signifikant erhaltenen Einflüsse auf ihre Replizierbarkeit überprüft werden, um die Bedeutung der Studienergebnisse zu untermauern. Es sollte sich außerdem eine Längsschnittstudie anschließen, welche die Veränderung der Lebensqualität bei Änderung von als Prädiktoren identifizierter Variablen untersucht.
The present paper deals with the situation of children whose parents suffer from a mental disorder. Its goal is to identify the predictors of the concerned persons’ quality of life in order to establish starting points for preventive measures.

Children whose parents suffer from a mental disorder grow up under difficult circumstances. Typically they are adversely affected by psychological stress resulting from their parent’s illness and thus are exposed to a great risk of developing mental or behavioral disorders themselves. In spite of this knowledge, adequate preventive measures to help the children concerned as well as their families are missing – psychiatrists who specialize in children and teenagers often do not get in touch with the children before apparent disorders appear. In order to be able to evaluate the demand for aid more precisely and to provide reasonable assistance in corporation, it is very important to analyze the factors which contribute to a limited sense of well-being, which again is the prime criterion of the quality of life. Not every child suffers equally from the burden of having a mentally disordered parent. Therefore, the danger of developing one’s own disorders and of suffering from a low quality of life differs to a great extent. The present survey thus deals with the question of the differences between children who have a good quality of life and those whose well-being is impaired. On the basis of factors influencing the quality of life already mentioned in medical literature, hypotheses were established which assume a correlation between various socio-demographic factors as well as factors that are to be found directly within the person concerned on the one hand and the well-being of children whose parents suffer from a mental disorder on the other hand. The fact that the same correlation may also be found with children of healthy parents needs to be emphasized. Although children of mentally disordered parents tend to suffer from more severe forms of disorders, it has not been proven that the features of the quality of life analyzed in this survey do not have the same influence on children of healthy parents.

The empirical part of the dissertation describes the questionnaire-based survey carried out in selected mental institutions with mentally disordered parents. By means of a standardized questionnaire, the subjects were interviewed concerning socio-demographic data as well as strategies of stress-handling (measured with SVF-KJ) and the health-related quality of life of their children (measured with SVF-KJ).

The subjective and clinical factors mentioned below were collected during the interview with the concerned parents and were tested for their correlation with the quality of life of the children:

Clinical factors: 1. Age of the child, 2. Age of the child when the illness of the parent was first diagnosed, 3. Sex of the child, 4. Religion and religiosity, 5. Migration background and 6. The
existence of an illness of the child within the preceding year. **Parental factors of influence:** 7. Sex of the sick parent, 8. Marital status, 9. Highest level of education, professional education and professional situation of the subject and 10. The parent’s feeling of being overburdened. **Medical factors:** 11. The psychiatric diagnosis of the parent and 12. The amount of previous hospitalisations. **Familial factors:** 13. Household income, 14. Tabooization of the illness and 15. The number of siblings of the child. **Subjective factors:** 16. Depressive mood, self-esteem and self-image of the child and 17. Stress-handling strategies of the child.

Indicators of the quality of life of children are:

*total worth, physical well-being, psychological well-being, self-worth, family, friends and school.*

The collected subjective and clinical factors were tested as independent variables on their correlation with the health-related quality of life of the children. The influence of potential predictors was determined by means of *t*-tests or correlation analyses.

The **results** of the survey clearly show that especially the subjective (personality) factors have considerable influence on the quality of life of children whose parents suffer from a mental disorder. The degree of depressive mood (negative correlation), the self-esteem and the self-image (positive correlation) as well as stress-handling mechanisms of the children have significant influence on several health-related aspects of the quality of life. Especially the stress-handling strategy “problem-solving (problemlösende Bewältigung)” and its subtests "control of distressing situations (Situationskontrolle)“, ”positive self-briefing (Positive Selbstinstruktion)” and ”need for social support (Soziales Unterstützungsbedürfnis)” show a significant degree of positive influence. But also ”adverse stress-handling (Ungünstige Stressverarbeitung)” and the respective subtests ”further theoretical engagement (Gedankliche Weiterbeschäftigung)“, ”resignation“, and ”aggression“ turned out to be (negative) predictors of the quality of life. Altogether, clinical factors were much less influential on the quality of life of the children. Some variables had no influence at all, others were only influential on several scales of the quality of life: The older the children, the lower their physical well-being; religion showed to be positively related to the quality of life within the family; and children, whose fathers were ill, had a much better quality of life concerning total-worth, physical and psychological well-being than the children whose mother was ill. Parents who felt significantly overburdened with their role as a parent assessed the total-worth, the psychological well-being and the quality of life of their children within the sector family as much worse. Children with up to two siblings stated a much better quality of life within the field of self-esteem than the children with three or more siblings. Medical variables were useful to identify the psychiatric diagnosis of the parent as a predictor of his or her well-being. The data within the fields of psychological well-being and school were much worse concerning children with parents suffering from affective disorders (F30-39) compared to the parents who were diagnosed with neurotic stress disorders (Bela.stungsstörungen) and somatoform disorders (F40-49).
The discussion of this paper clarifies that our results accord with existing knowledge of protective and wearing factors concerning children of mentally disordered parents. Furthermore, it provides starting points for intervention and preventive support for concerned children, as for example how to strengthen someone’s self-esteem or how to train more favorable stress-handling strategies. The results of the survey, however, are not representative of all kinds of psychiatric disorders. Due to very small group sizes, only two different groups of diagnoses concerning the quality of life of children could be compared. Another criticism is the fact that the results cannot be generalized. Due to the survey’s design, it is not possible to decide whether or not the results are specific for children whose parents suffer from a mental disorder. The same correlations may also exist for children whose parents are healthy. Furthermore, a causal connection between the influencing factors and the quality of life could not be proven. The survey solely provides information about the factors and the quality of life. Two more deficiencies of the survey are that (a) only the diseased parent gave statements about his or her child and no independent statements exist, and (b) the question of whether or not the disorders of the children subsumed under the concept of a bad quality of life are connected with the wearing environment due to the diseased parent or with heritable factors cannot be answered, as many psychiatric diseases have been proven to have their basis in heritage.

Nonetheless, some important insight into predictors of the quality of life of concerned persons resulted from the survey. Other results concern details on what kind of measures should be taken in order to improve the well-being of the concerned children. Predictors of the quality of life, which were described in medical literature and could not be confirmed in this paper, should be reviewed in further surveys regarding their correlation with the quality of life. Furthermore, the influences which are maintained as being significant should be tested for their replicability to confirm the results of the survey. Additionally, a longitudinal section study (Längsschnittstudie) should follow, which analyzes the changes of the quality of life when the variables identified as predictors change.

The present paper is part of the project “Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern” (AG Versorgungsforschung/Sozialpsychiatrie Gießen) and is meant to help improve the situation of children whose parents suffer from mental disorders. By developing an outline of protective and wearing factors in order to differentiate between highly concerned and less concerned children, those kinds of children are meant to be identified who are prone to develop psychological and developmental disorders themselves. Thus, intervention will be preventive and the above-mentioned kinds of disorders may be avoided.
7. LITERATURVERZEICHNIS


Barry MM (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H Katschnig, H Freeman & N Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 31-42). Chichester: Wiley.


Stam H, Grootenhuis MA, Caron HN & Last BF (2006). Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho-Oncology, 15*, 31–43.


## 8. ANHANG

### 8.1 TABELLEN

#### 8.1.1 INHALT DES FRAGEBOGENS ZUM ERKRANKTEN ELTERnteil

Tabelle 30: Inhalt des Elternfragebogens

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrument</th>
<th>Quelle</th>
<th>Was erfasst das Verfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allgemeine Angaben zum Patienten</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Allgemeine Angaben, Fragen zu Kindern, Lebensgewohnheiten, Wohnsituation und Familie</td>
</tr>
<tr>
<td>Items zur Familie</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Unterstützung und Belastung des Kindes, Umgang der Familie/Verwandten mit der Erkrankung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 8.1.2 Inhalt des Fragebogens zum Kind

Tabelle 31: Inhalt des Fragebogens zu Merkmalen des Kindes

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrument</th>
<th>Quelle</th>
<th>Was erfasst das Verfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allgemeine Angaben zum Kind</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Wohnsituation, Bezugspersonen in und außerhalb der Familie, Streitigkeiten zw. Bezugspersonen, Unterstützung für das Kind, Belastung durch die Erkrankung, Hilfe bei der Bewältigung</td>
</tr>
<tr>
<td>Life Events for Adolescents</td>
<td>Norbeck, J.S. (1984); Sarason, I.G., Johnson, J.H. &amp; Siegel, J.M. (1978); Swearingen, Elizabeth, M., Cohen &amp; Lawrence, H.</td>
<td>Verlust- und Trennungserlebnisse, schwere Krankheiten/ Verletzungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Items zum Thema kritische Lebensereignisse</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Kind als Opfer eines Angriffs, Heimaufenthalte</td>
</tr>
<tr>
<td>Items zu kritischen Lebensereignissen in der frühesten Kindheit</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage zum Einbezug des Kindes in die Krankheit des Elternteils</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Integration des Kindes in die psychische Erkrankung, z.B. in eine Wahnbvorstellung</td>
</tr>
<tr>
<td>House Rules (Quelle unbekannt)</td>
<td>eigene Übersetzung</td>
<td>Strafe bei Regelverletzung</td>
</tr>
<tr>
<td>Building Resiliency in Transcultural Adolescents (BriTA)</td>
<td>Kate Lemerle, Research Project Co-ordinator Research Project for Culturally Diverse Adolescents</td>
<td>Respekt und Anerkennung für kulturelle Unterschiede in der Schule, gesunde Schulumgebung, elterliche Einbindung in die Schule, Verkehrsanbindung zur Schule, Arbeitsmoral und Engagement der Lehrer, Ressourcen Stundenplan</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusätzliche Items zum Thema Familie</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>Häusliche Zusammenarbeit, Kommunikation zwischen Eltern und Kind</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrument</td>
<td>Quelle</td>
<td>Was erfasst das Verfahren</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>--------</td>
<td>---------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Profiles of Student Life – Attitudes and Behaviours (PSL-AB)</td>
<td>Original unbekannt</td>
<td>Engagement lernen; Unterstützung: familiär, sorgendes Schulklima, Einbezug der Eltern in die Schule</td>
</tr>
<tr>
<td>Items zum Thema Schule</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>„Ich frage dieses Kind, was es in der Schule macht.“ „Das Kind wurde wegen meiner Erkrankung angegriffen oder beschimpft.“</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Items zum Thema Selbstbild des Kindes | Selbst konstruiert | - Generelles Selbstkonzept  
- Emotionales Selbstkonzept  
- Soziales Selbstkonzept  
- Fähigkeitsselfkonzept  
- Sonstige Fähigkeiten  
- Emotionsregulation  
- Stabilität |
| Resilience Scale (RS) | Schumacher et al. (2005) | - Persönliche Kompetenz: Selbstvertrauen, Unabhängigkeit;  
- Akzeptanz des Selbst und des Lebens: Toleranz |
| Bild der Eltern von ihrem Kind | Selbst konstruiert | - Sensation/ Novelty Seeking  
- Religiöität  
- Planungs- und Entscheidungsfähigkeit  
- Leistungswille allgemein/ in der Schule  
- Bindung an die Schule |
- Ablenkung  
- Bagatellisierung  
Problemlösende Bewältigung:  
- Situationskontrolle  
- Positive Selbstinstruktion  
- Soziales Unterstützungsbedürfnis  
Ungünstige Stressverarbeitung:  
- Passive Vermeidung  
- Gedankliche Weiterbeschäftigung  
- Resignation  
- Aggression |
<p>| Items zur Einstellung/ Belastung des Kindes bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils | Selbst konstruiert | Meinung, Aufklärung und Wissen des Kindes über die psychische Erkrankung des Elternteils; Belastung des Kindes |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrument</th>
<th>Quelle</th>
<th>Was erfasst das Verfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Items zur Verbindung des Kindes zur Nachbarschaft/Gemeinde</td>
<td>Selbst konstruiert</td>
<td>An „CTC - Communities That Care Youth Survey“ angelehnt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.2 Danksgung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich in vielfältiger Weise unterstützt und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. M. Franz für die freundliche Überlassung des interessanten Themas und die Unterstützung bei der Fertigstellung meiner Dissertation.

Für die wertvolle Unterstützung bei der Durchführung und Betreuung meiner Arbeit möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Prof. Dr. Petra Netter, Bea Kettlemann, Claudia Lujic und Karin Jäger bedanken, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen und immer ein offenes Ohr für mich hatten.

Einen ganz herzlichen Dank möchte ich auch der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg des Universitätsklinikums Marburg und dem Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn in Marburg aussprechen, die mir die Befragung der Probanden ermöglicht haben.

Der größte Dank gilt meiner gesamten Familie und meinem Freund Michael Bender, die mich immer mit vollen Kräften unterstützt und ermutigt haben. Ein besonderer Dank gilt auch meinen Kölner Großeltern Maria und Horst Lehmann für die liebevolle Unterstützung und Finanzierung des Druckes dieser Arbeit.


8.3 Verzeichnis akademischer Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren bzw. Privat-Dozenten in Marburg:


In Stellenbosch: Warren

In Siegen: Willeke

Köln, den 23. Februar 2012